



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Validação dos Conceitos de Atenção Plena e Evitamento Experiencial
segundo a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) na Explicação do
Comportamento Alimentar
- Indicações para o Tratamento da Obesidade**

Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Sónia Patrícia Martins Carvalho



Faculdade de Filosofia de Braga

Dezembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Validação dos Conceitos de Atenção Plena e Evitamento Experiencial
segundo a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) na Explicação do
Comportamento Alimentar
- Indicações para o Tratamento da Obesidade**

Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Sónia Patrícia Martins Carvalho

Sob orientação do Doutor Rui Ramos



Faculdade de Filosofia de Braga

Dezembro de 2011

Dedicatória

Dedico este trabalho aos utentes do Hospital de Braga que participaram neste estudo e que o tornaram possível. Dedico-o também a todos os que sofrem desta grave patologia e com o seu forte impacto físico e psicológico nas suas vidas.

Espero humilde e sinceramente que este trabalho possa contribuir para uma melhor compreensão desta patologia, bem como possa fornecer novas linhas de orientação e intervenção.

Agradecimentos

Aos meus pais que tornaram toda esta etapa da minha vida possível e sempre acreditaram no meu sucesso, por nunca duvidarem das minhas capacidades e por estarem sempre lá para mim. Agradeço-lhes ainda a pessoa que sou hoje.

À minha irmã e ao Filipe pela calma e paciência com que ouviram as minhas angústias e incertezas e por me encorajarem sempre. Obrigada por estarem sempre presentes!

À Ângela por tudo! Pela amizade, pela força, por nunca ter duvidado e por ter tornado tudo isto fosse possível.

Aos meus AMIGOS por que estão sempre presentes, nunca duvidam, suportam e amparam. Obrigada por me fazerem sorrir sempre, mesmo nos momentos mais difíceis!

Ao Hospital de Braga, à equipa Multidisciplinar de Obesidade que foram fantásticos e me receberam de braços abertos. Ao Dr. Maia da Costa obrigada pelo carinho, pelo entusiasmo e simpatia com sempre me recebeu. Obrigada por acreditar no projecto e por me dar a oportunidade de concretizar esta etapa da minha vida. À Dra. Aline pela paciência...

Ao meu Orientador, Doutor Rui Ramos, pela preciosa ajuda no trabalho desenvolvido, pela paciência, disponibilidade, entusiasmo e por acreditar em mim.

Resumo

A obesidade é considerada uma síndrome multifactorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades sócio-económicas, constituindo um factor de risco preponderante para o desenvolvimento de diversas doenças. Actualmente, é considerada uma condição de elevada prevalência estando também relacionada com factores psicológicos como o auto-controlo, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional. Tal relação requer uma investigação sistemática. Neste sentido, este estudo tem como objectivos saber se o Evitamento Experiencial se encontra relacionado com a opção por técnicas invasivas – a cirurgia – numa população de sujeitos com obesidade. Assim, o presente estudo aborda a obesidade, um sério problema de saúde pública, sob o foco psicossocial, recorrendo ao aporte teórico de Evitamento Experiencial e tendo como base a ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Para tal recorremos a uma amostra constituída por 40 sujeitos (N=40) com diagnóstico de obesidade, de ambos os sexos e que se encontrem em tratamento. São utilizados, para além do questionário sócio-demográfico e da entrevista estruturada que aborda História Pessoal de Obesidade, Tentativas de Prévias Perda de Peso e Motivações para a Cirurgia, o Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS) e a Escala de Compulsão Alimentar.

Palavras-chave: Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Evitamento Experiencial; Obesidade; Tratamento.

Abstract

Obesity is considered a multifactorial syndrome in which genetics, metabolism and environment interact, assuming different clinical situations in the various socio-economic realities, and is a leading risk factor for the development of various diseases. Currently, it is considered a highly prevalent condition and is also related to psychological factors like self-control, self-perception, anxiety and emotional development. This relationship requires a systematic investigation. Thus, this study aims to whether the Experiential Avoidance is related to the option for invasive procedures - surgery – in a population of subjects with obesity. Therefore, this study approaches the obesity, a serious public health problem, focused on psychosocial, using the theoretical contribution of Experiential Avoidance and based on the ACT (Acceptance and Commitment Therapy). For this we use a sample of 40 subjects (N = 40) diagnosed with obesity, of both sexes who are in treatment. It's used in addition to the socio-demographic questionnaire and structured interview that addresses Personal History of Obesity, attempts to predict weight loss and motivations for surgery, the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS) and the Binge Eating Scale.

Key-Words: Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Experiential Avoidance; Obesity; Treatment.

Índice

Resumo.....	V
Abstract	VI
Introdução.....	1
 Capítulo I – Obesidade	5
1. Obesidade: Definição e Diagnóstico	5
1.1 Dados Epidemiológicos em Portugal	7
2. Etiologia	9
2.1 Os Factores Genéticos e Desenvolvimentais	10
2.2 O Meio e os Factores Sociais	10
3. Quadro Clínico	12
3.1. Comorbilidades mais comunmente associadas com a obesidade	12
4. Tratamento	17
4.1. Hábitos Alimentares e Dietas	18
4.2. O Exercício Físico	19
4.3. Farmacologia	19
4.4. A Cirurgia	20
4.4.1. Tipos de Cirurgia.....	23
4.4.2. Indicações.....	25
4.4.3. Resultados e Qualidade de Vida Pré e Pós-cirurgia.....	26
 Capítulo II – Compulsão Alimentar	28
1. Compulsão Alimentar: Definição e Diagnóstico	28
1.1. Características Clínicas.....	30
1.1.1. Episódios de Ingestão Compulsiva e Obesidade.....	31
2. Etiologia	32
3. Consequências da ingestão compulsiva	32
4. Tratamento	33

4.1.	Psicoeducação.....	33
4.2.	Psicoterapia interpessoal.....	33
4.3.	Farmacoterapia	34
4.4.	Tratamento de perda de peso	34
4.5.	Outras formas de tratamento.....	34
Capítulo III – Modelos Explicativos do Comportamento Alimentar		36
1.	Modelos da Psicologia da Saúde	37
1.1.	Modelo de Crenças de Saúde.....	38
1.2.	Modelo de Cognição Social.....	39
1.3.	Teoria da Motivação Protectora	40
1.4.	Teoria da Acção Racional.....	40
1.5.	Teoria da Auto-Determinação	41
1.6.	Teoria do Comportamento Planeado	42
2.	Modelos Biológicos.....	44
2.1.	Modelo Aditivo.....	44
2.2.	Modelo das Perturbações Afectivas	44
3.	Modelos Comportamentais	45
3.1.	Modelo de Aprendizagem/Condicionamento	45
3.2.	Modelo em Espiral.....	45
4.	Modelos Biopsicossociais	45
5.	Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) – o Evitamento Experiencial como novo paradigma.....	46
5.1.	Definição de Evitamento Experiencial	49
5.2.	Evitamento Experiencial e Intervenção Psicológica	50
5.3.	Definição do conceito de Atenção Plena	52
5.4.	Estudos de Validade empírica da ACT no domínio físico e mental.....	53
5.5.	Indicações de Intervenção: Reestruturação Cognitiva; Desfusão e Aceitação.....	56
Capítulo IV: Estudo Empírico - <i>Validação dos Conceitos de Atenção Plena e Evitamento Experiencial segundo a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) na Explicação do Comportamento Alimentar: Indicações para o Tratamento da Obesidade</i>		60
1.	Problematização	60

2. Método	60
2.1. Desenho do Estudo	61
2.1.1. Variáveis.....	61
2.2. Participantes.....	61
2.3. Materiais/Instrumentos	62
2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico e Entrevista Estruturada que aborda: História pessoal de Obesidade, Tentativas de Prévias Perda de Peso e Motivações para a Cirurgia	62
2.3.2. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS).....	62
2.3.3. Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS).....	63
2.3.4. Escala de Compulsão Alimentar (ECA).....	63
2.4. Procedimentos de Recolha.....	64
2.5. Análise dos dados	64
2.5.1. Caracterização da amostra.....	64
2.5.1.1. Descrição da Amostra Clínica.....	65
3. Resultados	66
3.1. Validade e Fiabilidade dos Instrumentos.....	66
3.1.1. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS).....	66
3.1.2. Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS).....	66
3.1.3. Escala de Compulsão Alimentar (ECA).....	67
3.2. Descrição de Relações entre as Variáveis Dependentes.....	67
3.3. Relação entre as VI's (peso, pontuação da ECA, tempo de exercício físico, IMC) e VD's (Atenção Plena e Evitamento Experiencial)	68
3.4. Análise dos Preditores do Comportamento Alimentar	69
3.5. Relação entre a Variável Independente “Motivação para opção por técnicas invasivas (cirurgia)” e as Variáveis Dependentes “Atenção Plena e Evitamento Experiencial”	70
3.6. Discussão dos resultados	71
Conclusão	77
Referências Bibliográficas	80
Anexos.....	91
Anexo 1: Consentimento Informado	92
Anexo 2: Questionário Sócio Demográfico e História Pessoal de Obesidade e Tentativas Prévias de perda de peso	93
Anexo 3: KIMS	101

Anexo 4: MAAS.....	103
Anexo 5: ECA	104

Índice de Tabelas

Tabela 1. Consistência Interna do questionário KIMS	66
Tabela 2. Consistência Interna do questionário MAAS	66
Tabela 3. Consistência Interna do questionário ECA	67
Tabela 4. Matriz de Correlações (r de Pearson) das Variáveis Dependentes	68
Tabela 5. Matriz de Correlações (r de Pearson) entre VD's e VI's	69
Tabela 6. Preditores da Compulsão Alimentar.....	70
Tabela 7. Diferença de médias entre VD's e a variável “Motivação para a Cirurgia”	71

Introdução

As perturbações alimentares são caracterizadas por distúrbios no comportamento alimentar (APA, 2002), sendo, provavelmente, a doença metabólica mais antiga que se conhece (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

As perturbações do comportamento alimentar têm vindo a ser alvo de atenção por parte da comunidade científica nas últimas décadas, não só pelo comprometimento e morbilidade psiquiátrica associada, mas também pelo facto de afectarem um importante número de jovens e adultos (Vaz, Conceição e Machado, 2009). Este aumento de interesse, bem como a significância epidemiológica, levaram a uma rápida evolução na discussão dos critérios de diagnóstico das perturbações alimentares nas últimas décadas (Cordás, 2004), sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) como um problema de saúde pública mundial que tende a agravar-se (DGS, 2004).

A existência de vários factores que se correlacionam com o aparecimento e manutenção da obesidade indicam a presença de uma causa multidimensional para esta doença (Vasconcelos & Neto, 2008). Ou seja, a obesidade é uma perturbação multifactorial influenciada pela interacção de factores genéticos, metabólicos e ambientais, na qual estão implicados tanto aspectos fisiológicos como psicológicos, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades socioeconómicas (Pereira, 2004).

A Obesidade é um problema de saúde pública que afecta um número cada vez maior de indivíduos, sendo crescente a prevalência da obesidade mórbida. Os indivíduos obesos apresentam uma maior prevalência de morbilidade psicológica e psiquiátrica, quando comparados com indivíduos de peso normal. Actualmente, a Cirurgia Bariátrica é considerada como a forma de tratamento mais eficaz a longo prazo para esta patologia resultando em melhorias significativas na saúde física, psicológica e social do indivíduo (Morais, 2010).

Os pacientes com obesidade mórbida apresentam um maior risco de diabetes, hipertensão arterial, asma, osteoartrose, determinados tipos de cancro e uma baixa qualidade de vida. Assim, pode-se afirmar que a obesidade se associa a uma diminuição da esperança de vida (Zaldívar e colaboradores, 2009), sendo actualmente considerada uma condição de elevada prevalência, morbilidade e mortalidade (Quillici, 2006; Oliveira & Yoshida, 2009) que suscita a atenção do clínico e do investigador (Caetano, Carvalho & Galindo, 2005).

De um modo geral, o obeso tem um longo historial de tentativas de redução de peso, algumas das quais sob a orientação de técnicos de saúde, consistindo na sua maior parte numa

dieta e/ou no uso de fármacos. Apesar destes regimes terapêuticos proporcionarem uma redução de peso numa fase inicial, estes não são habitualmente satisfatórios, uma vez que, após a sua finalização a grande maioria dos pacientes obesos recupera, em pouco tempo, o peso perdido (Franques, 2003 cit in Travado et al, 2004), chegando a níveis ainda mais altos que os anteriores (Garner & Wooley, 1991, cit in Travado et al, 2004). A dificuldade em manter o peso perdido a longo prazo e a frustração face a estes regimes de tratamento são partilhados por quase todos os obesos que deste modo continuam a ganhar peso. Este tipo de insucesso no tratamento desta patologia deve-se em grande parte ao seu carácter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica e bioquímica, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento (Reis, 1998, cit in Travado et al, 2004). As variáveis psicológicas, nomeadamente as de personalidade, parecem ter um importante papel nesta patologia (Grana, Coolidge & Merwin, 1989, cit in Travado et al, 2004), pelo que, uma abordagem terapêutica que contemple as dimensões biopsicossociais do indivíduo através de uma equipa multidisciplinar deve ser privilegiada de modo a assegurar o êxito do tratamento desta patologia e a sua manutenção a longo prazo, contribuindo para a melhoria de saúde, qualidade de vida, bem-estar e satisfação dos indivíduos que dela sofrem (Travado et al, 2004).

Recentemente a cirurgia bariátrica (termo que designa os diversos tipos de técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da obesidade mórbida, sendo a gastroplastia com banda insuflável por via laparoscópica, uma das mais recentes) ganhou relevo como uma importante opção terapêutica para esta doença (Delin & Anderson, 1999, cit in Travado et al, 2004), sendo também considerada a forma mais eficaz de a controlar a longo prazo (Quillici, 2006). Assim, o objectivo da cirurgia bariátrica é que os pacientes diminuam o seu grau de obesidade, aliviando as patologias associadas e melhorando a sua qualidade de vida (Quillici, 2006). Este facto leva a que muitos doentes encarem a cirurgia como a “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e na cirurgia todas as esperanças e expectativas. No entanto, esta crença excessiva e irrealista no “milagre cirúrgico” (Rabner & Greenstein, 1991, cit in Travado et al, 2004) poderá colocar em risco o êxito do tratamento, pela consequente desresponsabilização que ela poderá implicar por parte do doente neste processo. A isto acresce a tendência dos pacientes obesos em desejarem ser participantes passivos no seu tratamento (Randolph, 19986, cit in Travado et al, 2004). No entanto, a cirurgia bariátrica requer uma forte adesão do paciente aos seus requisitos pós-cirúrgicos (isto é, modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida) para garantir a eficácia do tratamento (Travado et al, 2004).

A existência de alterações psicopatológicas e/ou de personalidade com significado clínico têm sido descritas como podendo comprometer o tratamento, nomeadamente através da não-adesão. Estudos sobre as características psicológicas desta população referem como alterações mais frequentes, a nível psicopatológico e de personalidade, a perturbação borderline (Black Goldstein & Manson, 1992 cit in Travado et al, 2004) e a nível emocional, as de tipo depressivo, em primeiro lugar, ocupando as de tipo ansioso o segundo lugar de prevalência (Black Goldstein & Manson, 1992 cit in Travado et al, 2004). A compulsão para comer (*Binge Eating*) é uma das alterações comportamentais mais perturbadoras e pervasivas, sendo o ritual alimentar acompanhado, na maioria destes doentes, por reacções emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva (Lang e col., 2000 cit in Travado et al, 2004). Vários autores referem outras complicações psicológicas associadas à obesidade. Por exemplo, Stunkard e Wadden (1992, cit in Travado et al, 2004), referem a distorção da imagem corporal, baixa auto-estima, descriminação/hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, psicossomatismo, entre outros. A baixa qualidade de vida, a que acresce a co-morbilidade mais frequente desta população (como por exemplo, diabetes, hipertensão, apneia nocturna, problemas osteoarticulares, etc.) tem sido referida em diversos estudos (Sullivan, Sullivan & Kral, 1987; Larsen, 1990; Favretti, O'Brian & Dixon, 2002), bem como, a sua melhoria significativa, independentemente da quantidade de peso perdido após a cirurgia (Dixon & O'Brien, 2002; Diniz, Sander & Almeida, 2003).

Há autores que defendem que para se atingir êxito terapêutico, é necessário que o sujeito perceba a doença e o seu tratamento (Mestre & Ribeiro, 2010), ou seja, que a aceite. Lang & Froelicher (2006, cit in Mestre & Ribeiro, 2010) salientam ainda, a importância de examinar os objectivos, as expectativas e motivação do indivíduo para a perda de peso.

Para que todos os benefícios da cirurgia bariátrica sejam alcançados, o paciente deve: ser avaliado e orientado por uma equipa multidisciplinar preparada e experiente, estar consciente de todo o processo, bem como estar empenhado para fazer o acompanhamento após a cirurgia (Quillici, 2006).

Assim, tendo em conta o disposto, os objectivos que nos propomos com esta dissertação são:

- **Objectivos gerais:** saber se o Mindfulness¹ e o Evitamento Experiencial se encontram relacionados com a manutenção da obesidade, bem como verificar se estes influem no Comportamento Alimentar e comportamentos preventivos de saúde (exercício físico).
- **Objectivos específicos:** entender quais as variáveis que medeiam o comportamento alimentar e manutenção da obesidade, como por exemplo a idade, o sexo, a história prévia de tentativas de perda de peso, Atenção Plena e Evitamento Experiencial, bem como analisar e relacionar o papel destas variáveis como factores mediadores para a opção por técnicas invasivas como tratamento para a perda de peso.

Em suma, pretendemos compreender de que forma o Evitamento Experiencial e a Atenção Plena influenciam o comportamento alimentar e o tratamento da obesidade. Para tal recorrer-se-á a uma amostra de conveniência e ao método clínico, sendo um estudo Observacional Descritivo-Correlacional.

Para o desenvolvimento do presente estudo, utilizou-se o aporte teórico/metodológico da ACT (Acceptance and Commitment Therapy) e Evitamento Experiencial, uma vez que se tem demonstrado, através de análises de regressão sequenciais, o papel mediador do Evitamento Experiencial (Costa & Gouveia, 2010). A Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) associa processos de aceitação e atenção a processos de compromisso e mudança de comportamento para a criação de uma flexibilidade psicológica. A terapia é baseada na Teoria do Quadro Relacional (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), um pressuposto da linguagem e cognição preciso empiricamente sólido, além da sua extensão à psicopatologia. Há um crescente significativo corpo de evidências acerca da eficácia da ACT num amplo espectro de patologias (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerro, 2004).

¹ A partir daqui designado de Atenção Plena.

Capítulo I – Obesidade

A obesidade é uma patologia com elevada prevalência que afecta diferentes classes sociais, faixas etárias e sexos, sendo considerada uma doença crónica de génese multifactorial (Mestre & Ribeiro, 2010) com consequências nefastas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Travado et al, 2004) constituindo, por isso, um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

A Organização Mundial de Saúde define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida. Os factores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Em suma, a obesidade é uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, que afecta todas as faixas etárias, bem como diferentes grupos sociais (Costa et al, 2009).

Ao longo deste capítulo iremos definir e caracterizar a obesidade, bem como analisar quadro clínico desta perturbação, abordando as comorbilidades que mais frequentemente se encontram associadas a esta perturbação, discutindo os tipos de tratamento. Será ainda abordada a Compulsão Alimentar, suas características e implicações físicas e psicológicas.

1. Obesidade: Definição e Diagnóstico

A obesidade é a acumulação excessiva de gordura no corpo. Villela e colaboradores (2004, cit in Vasconcelos & Neto, 2008) afirmam que *“a obesidade é uma doença complexa e multifactorial surgindo do excessivo depósito de gordura que resulta da interacção de factores sociais, comportamentais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos”* (p.369).

Definir o que é obesidade não é tarefa simples. O método de diagnóstico mais utilizado em pesquisas tem sido o IMC (Índice de Massa Corporal). O IMC, dado que foi internacionalmente aceite para avaliar a condição de obesidade em estudos populacionais (Rodríguez et al., 2003), é obtido através da seguinte fórmula: peso/altura x altura (Kg/m^2) (Segal, 2004, cit in Costa et al, 2009). Assim, a obesidade classifica-se, em três classes:

Classe I (IMC = 30 – 34.9); Classe II (IMC = 35 – 39.9); Classe III (IMC \geq 40) (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

O IMC permite, de forma rápida e simples, saber se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adoptado internacionalmente para classificar a obesidade (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Na CID-10 (OMS, 1993), a obesidade é classificada como uma condição clínica geral. No DSM-IV-TR (APA, 2004) não está classificada como perturbação psiquiátrica, por não estar associada consistentemente a uma síndrome psicológica ou comportamental. No seu projecto inicial, o DSM incluía, além da Anorexia e da Bulimia Nervosa, a Perturbação de Compulsão Alimentar, muito frequente entre os pacientes obesos. Actualmente esta categoria diagnóstica ficou restrita ao apêndice B da classificação (Perturbações Sem Outra Especificação), na tentativa de melhor definir e estudar este problema (Costa et al, 2009).

Aquelas pessoas cujo peso ultrapassa em cerca de 20% ou mais o ponto médio da escala de peso de acordo com o valor-padrão peso/altura são consideradas obesas. A obesidade pode ser classificada como ligeira (de 20% a 40% de excesso de peso), moderada (de 41% a 100% de excesso de peso) ou grave (mais de 100% de excesso de peso).

Um aspecto importante na avaliação do obeso adulto é a distribuição da gordura corporal, isto é: a) quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, diz-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral, sendo típica do homem obeso; b) quando a gordura se distribui, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide, sendo típica da mulher obesa (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

A obesidade é vista actualmente como um dos problemas de saúde pública mais preocupantes, devido ao seu crescente aumento e suas graves consequências, sendo definida como resultante da associação entre a vulnerabilidade genética e um ambiente facilitador (Greenway & Smith, 2000; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002, cit in Costa et al, 2009). Trata-se, portanto, de um fenómeno multifactorial que envolve componentes genética, comportamentais, psicológicas, sociais, metabólicas e endócrinas (Oliveira, Linard & Azevedo, 2004). A obesidade está relacionada com a morbilidade e mortalidade aumentadas. As doenças que lhe estão frequentemente associadas são: hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes melitus, dislipidemia, osteoartrite, apneia do sono, alguns tipos de cancro (cólon, mama, bexiga, endométrio), distúrbios menstruais, infertilidade e risco gestacional (Devlin, Yanovski & Wilson, 2000, cit in Costa et al, 2009).

1.1 Dados Epidemiológicos em Portugal

A epidemiologia da obesidade estuda a frequência e distribuição da obesidade nas diversas populações, bem como os possíveis factores que determinam o seu aparecimento ou desenvolvimento (Rodríguez et al., 2003).

Hoje em dia reconhece-se que a obesidade e as complicações a ela associadas constituem um dos problemas com maior impacto na saúde pública (Rodríguez et al., 2003). A prevalência da obesidade está a aumentar progressivamente em alguns países desenvolvidos, tendo-se registado um aumento muito considerável na última década. Desta forma, o seu tratamento é imprescindível, pois a ela está associada o aparecimento de diversas doenças crónicas (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Estudos epidemiológicos mostram uma tendência de aumento de peso da população tanto de países desenvolvidos quanto de países em desenvolvimento. A obesidade é uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e de todas as idades (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Nas últimas décadas, em praticamente todas as faixas etárias, houve um aumento na prevalência de obesidade, inclusive entre crianças de 3 e 12 anos de idade (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

Na maioria dos casos, a obesidade desenvolve-se sem que uma doença primária seja identificada, ocorrendo um desequilíbrio do balanço entre a ingestão calórica e o gasto energético de um indivíduo, sendo que existem diversos factores envolvidos, desde sócio-culturais a genéticos e ambientais (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006), como referido anteriormente.

Ferraz e Albuquerque (2002) afirmam que em alguns países industrializados, que apresentam dados epidemiológicos para a obesidade, revelam uma prevalência de 7 a 30% para pessoas com idades entre os 30 e os 64 anos de idade, sendo a maior prevalência em mulheres. Ou seja, a incidência da obesidade tem aumentado na maioria dos países (Vasconcelos & Neto, 2008).

A elevada prevalência da obesidade em Portugal e a sua taxa de crescimento anual, a morbilidade e mortalidade elevadas que, directa ou indirectamente, a acompanham, a diminuição da qualidade de vida e os elevados custos que acarreta, bem como a dificuldade do seu tratamento, constituem a preocupação para o Ministério da Saúde que fundamenta a

necessidade do Programa Nacional de Combate à Obesidade (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Em 1999 foi encontrada, na população da União Europeia com mais de 15 anos, uma prevalência da pré-obesidade de 41%, isto demonstra que o aumento da obesidade em crianças e adolescentes é, também, cada vez mais preocupante (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Nas crianças dos 7 aos 9 anos de idade a prevalência da pré-obesidade e da obesidade, em Portugal, é de cerca de 31.56%, sendo que as crianças do sexo feminino apresentam valores superiores às do sexo masculino (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

A prevalência da pré-obesidade e da obesidade na população portuguesa adulta tem sido avaliada através do IMC, com uma prevalência média de cerca de 34% para a pré-obesidade e 12% para a obesidade, em relação às mulheres (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Na população portuguesa com mais de 55 anos a prevalência da pré-obesidade e da obesidade é mais elevada, respectivamente, 1,9 e 7,2 vezes (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Por outro lado, os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de pré-obesidade e um quarto da prevalência da obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade. A prevalência da obesidade é, também, mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Existem, no entanto, disparidades a nível regional quanto à prevalência da pré-obesidade e da obesidade. É de realçar o interior norte e centro do país, onde se verifica a maior prevalência de pré-obesidade e Setúbal e Alentejo onde se destaca a maior prevalência da obesidade (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Por outro lado, o grau de instrução dos pais, as actividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência, influenciam, também, a prevalência da obesidade. Isto é: a) maior grau de instrução dos pais, menor prevalência de obesidade; b) mais horas de televisão, jogos electrónicos ou jogos de computador, maior prevalência da obesidade; c) quanto mais urbana a zona de residência, maior a prevalência de obesidade (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Em Portugal, metade da população sofre de excesso de peso ou obesidade, o que torna esta patologia dispendiosa e de alto risco. O custo directo da obesidade em Portugal corresponde a 3,5% das despesas totais com a saúde, pelo que os especialistas defendem a necessidade de definir um programa de actuação nacional, que impeça o agravamento do problema (Rodríguez et al., 2003).

2. Etiologia

Diversas alterações endócrinas são descritas na obesidade (Lordelo et al., 2007), uma vez que o nível e a função de diversas hormonas se encontram alterados na obesidade. Também a função endócrina do tecido adiposo pode ter um papel etiológico na obesidade, uma vez que as alterações variam com a gravidade da obesidade e com o fenótipo de distribuição de gordura corporal. O conhecimento do perfil peculiar do paciente obeso é importante para compreender a fisiopatologia das complicações associadas ao excesso de peso, para evitar erros diagnósticos (e.g., atribuição das alterações encontradas a processos orgânicos), bem como para motivar estudos que possam resultar em intervenções terapêuticas (Lordelo et al., 2007).

A obesidade, como já foi anteriormente referido, é o resultado da ingestão de uma quantidade de calorias maior do que a utilizada pelo corpo. Desta forma, os excessos alimentares e o sedentarismo contribuem para a prevalência da obesidade, porém existem evidências de que a genética participa na regulação do peso corporal. Malheiros & Freitas Jr. (2002, cit in Vasconcelos & Neto, 2008) corroboram esse ponto de vista, afirmando que a obesidade é uma doença metabólica de origem genética, e que indivíduos com este factor predisponente, que permaneçam em ambientes que estimulam a ingestão de calorias e o sedentarismo, tendem a apresentá-lo como o grande factor desencadeante da obesidade (Vasconcelos & Neto, 2008).

Para além dos factores genéticos, que têm uma influência inegável no desenvolvimento da obesidade, é necessário invocar a participação de factores ambientais (Rodríguez et al., 2003), entre os quais se destacam o tipo de dietas e o sedentarismo a que as pessoas actualmente estão sujeitas devido aos hábitos da vida moderna. Os factores genéticos e ambientais influem no peso do corpo, mas a sua interacção para determinar o peso de uma pessoa ainda não está esclarecida.

A obesidade encontra-se também associada a perturbações psicológicas (Pereira, 2004). Os diagnósticos que tradicionalmente se associam à obesidade são as perturbações do humor (principalmente a depressão), as perturbações da personalidade e do comportamento alimentar, tais como a síndrome de ingestão nocturna e o *Binge Eating* (Zaldívar e colaboradores, 2009). Campos (1993) identificou as seguintes características psicológicas em adultos por hiperfagia: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não-aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceite ou amado, indicadores de dificuldades de

adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa. Por seu turno, Kahtalian (1992) considera que o acto de comer, para os obesos, é tido como tranquilizador sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites (Caetano et al., 2005).

Posto isto, depreende-se que existem uma série de factores que influenciam a taxa de incidência da obesidade, entre eles estão: sexo (a incidência da obesidade é superior no sexo feminino); idade (à medida que a idade avança, a incidência de obesidade tende a aumentar, bem como a obesidade infantil predispõe para a obesidade na idade adulta); factores socioculturais; factores nutricionais/comportamentais; actividade física/sedentarismo e factores genéticos.

2.1 Os Factores Genéticos e Desenvolvimentais

Existe evidência científica que sugere haver uma predisposição genética que determina, em certos indivíduos, uma maior acumulação de gordura na zona abdominal, em resposta ao excesso de ingestão de energia e/ou à diminuição da actividade física. Esta gordura, localizada no interior do abdómen, está directamente relacionada com o desenvolvimento da insolinorresistência, responsável pela síndrome metabólica associada à obesidade (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Considera-se que os genes envolvidos no aumento de peso, aumentam a susceptibilidade ao risco para desenvolver obesidade, quando o indivíduo é exposto a condições ambientais favorecedoras. A obesidade tem, assim, tendência familiar, vendo-se, com frequência, crianças obesas filhas de pais obesos (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Investigações recentes sugerem que a influência genética contribui em 33%, aproximadamente, para o peso corporal.

2.2 O Meio e os Factores Sociais

Os factores socioeconómicos influem fortemente na obesidade, sobretudo entre as mulheres. Em alguns países desenvolvidos, a frequência da obesidade é mais do dobro entre as mulheres de nível socioeconómico baixo do que entre as de nível mais alto.

No enquadramento social das sociedades actuais, a beleza física encontra-se sobrevalorizada e surge intrinsecamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto. Como tal, isto produz, no obeso, uma pressão social incómoda e uma sensação de inadequação perante os padrões sociais vigentes, que poderá provocar dificuldades relacionais

e, muitas vezes, um evitamento do contacto social e da realização de algumas tarefas quotidianas indispensáveis, que requerem contactos sociais. Esta sensação de inadequação acompanhada de sentimentos como baixa auto-estima e de uma fuga ao social, veiculada pelo isolamento, está muitas vezes na origem de sintomas depressivos e de dificuldades relacionais, quer de carácter social, profissional, quer de carácter familiar (Silva et al., 2006).

A opinião das pessoas que fazem parte do convívio diário destes pacientes sobre a necessidade de emagrecerem tem forte influência sobre elas (Cavalcanti et al., 2005).

De acordo com Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002), os modelos que combinam aspectos biológicos e ambientais explicam melhor os comportamentos que levam à obesidade. No entanto, os estudos dos aspectos psicológicos da obesidade são muito importantes para o desenvolvimento do tratamento clínico desta doença (Vasconcelos & Neto, 2008).

Além dos aspectos sintomatológicos, outras características mais estruturais que informam o modo típico do indivíduo enfrentar as dificuldades, precisam ser melhor investigadas. Dentre estas, destacam-se os mecanismos de defesa, que têm servido como indicativo do modo típico de um indivíduo lidar com os conflitos (Blaya et al, 2003, cit in Oliveira & Yoshida, 2009) e a alexitimia, relacionada com a dificuldade de identificar e/ou descrever o estado emocional (Sifneos, 1973, cit in Oliveira & Yoshida, 2009).

Os mecanismos de defesa podem ser agrupados de acordo com o grau de maturidade do funcionamento defensivo segundo diferentes níveis: maduro, neurótico e imaturo. O nível maduro envolve o uso de defesas mais adaptadas para controlar os impulsos do id, ajustadas adequadamente à realidade e ao mundo externo; imaturo, quando predominam as defesas menos adaptadas e são utilizados alguns recursos para controlar a ansiedade e outros estados afectivos, que podem ser considerados patológicos e o nível neurótico, quando predominam defesas intermediárias entre os funcionamentos maduros e imaturos (Blaya et al., 2003, cit in Oliveira & Yoshida, 2009).

Entre as defesas que predominam em pacientes com obesidade de Grau III estão o acting-out, quando os pacientes actuam de forma impulsiva numa tentativa de descarregar as emoções; a projecção, quando delegam o insucesso do tratamento à incompetência do profissional ou até mesmo dos familiares; a negação, quando não reconhecem os aspectos que causam angustia e a somatização, entre outras. Estas formas de reagir permitem supor que se tratam de pessoas que possivelmente apresentam um estilo defensivo imaturo (Oliveira & Yoshida, 2009).

“O acting-out permite ao sujeito descarregar ou exprimir sentimentos e impulsos em vez de tentar tolerá-los ou reflectir sobre eventos dolorosos que os estimulam” (Perry, 1990,

p.5). A projecção permite que o sujeito lide com emoções e motivos que, se admitidos, o levariam a sentir-se envergonhado e humilhado, atribuindo-os a outrem. A agressão-passiva é caracterizada pelo descarregar de sentimentos de hostilidade e ressentimento de uma maneira indirecta e dissimulada em relação a outros. No caso da obesidade, um exemplo do uso dessa defesa é a agressividade interna despertada pela raiva que sente em não conseguir emagrecer e que é expressa com certa hostilidade contra si mesmo ou contra os outros (Oliveira & Yoshida, 2009).

“A desvalorização refere-se ao uso de afirmações depreciadoras, ou outras afirmações negativas sobre alguém ou sobre si mesmo, de maneira a valorizar a auto-estima” (Perry, 1990, p.30). Esta defesa está directamente relacionada com a auto-estima, que no caso da população obesa tende a ser baixa. *“A fantasia-autística permite ao sujeito obter gratificação temporária e substituta por meio do sonhar, uma solução para um problema ou conflito do mundo real”* (Perry, 1990, 27). Esta defesa substitui as actividades da vida real por fantasia excessiva, e é característica de um ego mais rígido. Ainda de acordo com Perry (1990), o deslocamento permite a expressão de um afecto, impulso ou acção em direcção a uma pessoa ou outro objecto que inicialmente despertou o afecto ou impulso.

3. Quadro Clínico

3.1. Comorbilidades mais comumente associadas com a obesidade

Como já foi referido, a obesidade está associada a um aumento significativo de mortalidade e comorbilidade (Morais, 2010).

A maioria dos estudos sugerem a influência negativa da obesidade e do excesso de peso no estado de saúde, com expressão quer a nível do bem-estar físico, quer ao nível do bem-estar emocional e psicossocial, não sendo possível, no entanto, definir de forma clara uma relação linear entre a obesidade e a diminuição da qualidade de vida, demonstrando, no entanto, que a obesidade se associa a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade global e cardiovascular, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino (Silva et al, 2006). Assim, a obesidade surge como causa, não só de desequilíbrios bioquímicos e de doenças físicas, mas também de sintomatologia e perturbações psicológicas e, naturalmente, de dificuldades a nível da adaptação social (Silva et al., 2006), uma vez que no mundo contemporâneo, a obesidade traz consigo o estigma, não apenas de uma doença limitante, mas também de um padrão estético indesejado, dentro de uma cultura que estabelece o culto ao

corpo perfeito como aspecto primordial nas relações tanto humanas, quanto profissionais (Vasconcelos & Neto, 2008). Do ponto de vista físico, a obesidade associa-se, não só ao aumento da prevalência de algumas doenças, como já foi amplamente referido, mas também a um aumento dos níveis de dor (com síndromes de dor crónica, nalguns casos) e aos níveis de mortalidade e morbilidade somática e, também psicológica (Silva et al., 2006), uma vez que a obesidade causa alterações patológicas no organismo, como o aumento de tamanho ou produção de células adiposas hipertróficas associadas às complicações clínicas como a Diabetes *Mellitus* 2, doenças cardiovasculares, apneia do sono, alguns tipos de cancro, bem como desordens psicológicas como o *Binge Eating* (ingestão alimentar compulsiva) e a depressão (Costa et al, 2009).

A elevada mortalidade associada à obesidade mórbida é decorrente das comorbilidades frequentemente presentes, tais como: resistência à insulina, diabetes, hipertensão arterial, perturbações da respiração e do sono, problemas cardiovasculares, problemas osteoarticulares, Diabetes *Mellitus* (não insulínica) e alguns tipos de cancro (Quillici, 2006; Oliveira & Yoshida, 2009; Morais, 2010). A obesidade pode também causar vários problemas ortopédicos, incluindo dor na zona inferior das costas e agravamento da artrose, especialmente nas ancas, joelhos e tornozelos. As pessoas obesas correm um risco maior de adoecer ou morrer por qualquer lesão, doença ou acidente, sendo as perturbações cutâneas particularmente frequentes.

A localização do excesso de gordura também influi para as complicações ao nível das perturbações físicas. A gordura tende a acumular-se no abdómen (obesidade abdominal) dos homens e nas coxas e nádegas (obesidade da parte inferior do corpo) das mulheres. A distribuição do excesso de gordura no organismo também é importante, pois a acumulação central de gordura (gordura visceral) aumenta o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, entre outras. Desta forma, a medida da circunferência abdominal está intimamente relacionada com a presença de gordura visceral, sendo considerados elevados os valores superiores a 120 cm nos homens e 88 cm nas mulheres (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Estes valores também são utilizados no diagnóstico de síndrome metabólica (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006). Esta acumulação do excesso de gordura sob o diafragma e na parede torácica pode exercer pressão nos pulmões, provocando dificuldade em respirar e dispneia, mesmo com um esforço mínimo. A dificuldade na respiração pode interferir gravemente no sono, provocando a paragem momentânea da respiração (Apneia do Sono), o que causa sonolência durante o dia e outras complicações.

A obesidade andróide foi relacionada com um risco muito mais elevado de doença coronária e vascular cerebral, bem como com três dos seus principais factores de risco: a hipertensão arterial, a diabetes de início na idade adulta (Tipo 2) e as concentrações elevadas de gorduras (lípidos) no sangue sendo que a associação a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Em suma, a perda de peso faz baixar a tensão arterial na maioria das pessoas que têm hipertensão e permite a mais de metade das pessoas que desenvolvem diabetes na idade adulta suprimir a insulina ou outro tratamento farmacológico. Ou seja, as comorbilidades associadas à obesidade, determinam a gravidade desta doença (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

A obesidade constitui um factor de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial. Os mecanismos envolvidos são múltiplos, embora não sejam totalmente conhecidos. Até um terço do total de pessoas com hipertensão arterial devem este problema à obesidade associada (Rodríguez et al., 2003).

Certos tipos de cancro são mais frequentes nos obesos do que nas pessoas que não o são, como o cancro da mama, do útero e dos ovários, nas mulheres, e o cancro do cólon, do recto e da próstata, nos homens. As perturbações menstruais também são mais frequentes nas mulheres obesas e a doença da vesícula biliar ocorre nelas com o triplo da frequência. Embora a obesidade seja um reconhecido factor de risco de todo o tipo de cancros, não existe, até ao momento, evidência que permita afirmar que a perda de peso tem efeitos favoráveis na evolução de certos tipos de carcinoma em pessoas obesas (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Segundo o Consenso Latino-americano de Obesidade (Coutinho, 1999, cit in Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004), a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar. Assim, as pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, de perturbações alimentares e de personalidade.

Quando se trata de obesidade, vários são os estudos que se referem à imagem corporal mostrando que os indivíduos obesos não apreciam os seus corpos e distorcem as suas percepções sobre eles (Candy & Fee, 1998; Venturini, 2000, cit in Caetano et al., 2005). Evidências demonstram que a distorção da imagem corporal é a quarta comorbilidade mais comum entre sujeitos com ansiedade social (Hollander & Aronowitz, 1999, cit in Fang & Hofmann, 2010). A distorção da imagem corporal é marcada pela excessiva preocupação com defeitos corporais ou da aparência percebidos pelo sujeito. Estes defeitos percebidos estão relacionados com o receio de apreciações negativas por parte dos outros, o que é o núcleo duma futura ansiedade social (Fang & Hofmann, 2010).

Dos aspectos psicopatológicos relacionados com a obesidade mais pesquisados, encontram-se: a depressão, a ansiedade (Guisado et al., 2002; Matos et al., 2002; Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004; Vasques, Martins & Azevedo, 2004), a perturbação da imagem corporal (Vasques et al., 2004, cit in Oliveira & Yoshida, 2009) e as perturbações do comportamento alimentar (Borges, 1998; Matos et al., 2002).

Estudos revelam que mulheres obesas, obesos de grau III e sujeitos com compulsão alimentar têm maior risco de desenvolver uma perturbação psiquiátrica (Roberts, Deleger, Strawbridge & Kaplan, 2003).

Assim, a obesidade poderia ser vista como causadora da psicopatologia e não como consequência desta última (Khaodhiar, 2001, cit in Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004). Ou seja, as perturbações emocionais, que durante algum tempo foram consideradas como uma importante causa da obesidade, consideram-se actualmente como uma reacção aos fortes preconceitos e à discriminação contras as pessoas obesas. Um dos tipos de perturbação emocional, a imagem negativa do corpo, é um problema grave para muitas mulheres jovens obesas. Isso conduz a uma insegurança extrema e mal-estar em certas situações, sobretudo sociais.

Perturbações emocionais como a ansiedade ou a depressão aparecem frequentemente associadas à ingestão excessiva de alimentos. Alguns autores defendem também que os obesos são incapazes de identificar e reflectir sobre as suas próprias emoções, utilizando a comida como estratégia para ultrapassar os momentos mais difíceis (Pereira, 2004). Pessoas obesas que procuram tratamento, frequentemente apresentam sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar, mas este facto não torna possível o estabelecimento de uma relação de causa-efeito (Vasconcelos & Neto, 2008).

No encontro Consensus Conference on Obesity (1985 cit in Caetano et al., 2005), concluiu-se que *“a obesidade cria uma enorme carga psicológica (...). Em termos de sofrimento, esta carga pode ser o maior efeito adverso da obesidade”* (Stunkard & Wadden, 1992, p.524 cit in Caetano et al., 2005)

Outro factor bastante citado como presente na dinâmica da personalidade do indivíduo obeso é a ansiedade. Andrade e Gorenstein (1998, ci in Caetano et al., 2005) afirmam que este é um estado emocional com componentes psicológicas e fisiológicas que faz parte de um espectro normal das experiencias humanas, sendo propulsora do desenvolvimento. Ela pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que desencadeia, ou quando não existe um objecto especifico à qual se direcione (Caetano et al., 2005).

O estudo da ansiedade do ponto de vista psicológico salienta uma diferenciação quanto à forma com que ela se apresenta – ansiedade estado e ansiedade traço. A ansiedade estado é considerada como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos por um aumento na actividade do sistema nervoso autónomo. Os valores da ansiedade estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo (Andrade & Gorenstein, 1998, cit in Caetano et al., 2005). Já a ansiedade traço, segundo os mesmos autores, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão para a ansiedade, isto é, a diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os níveis de ansiedade traço são menos susceptíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo. Andrade (1995 cit in Caetano et al., 2005) afirma que um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara as dificuldades internas, afectivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico urgente (Caetano et al., 2005).

A perda de peso, normalmente, contribui para a redução da sintomatologia psicopatológica e para as diferenças na utilização de defesas verificadas (Oliveira & Yoshida, 2009).

Um estudo comparativo para avaliação do estado de saúde e funcionamento psicossocial duma população de obesos realizado na Suécia, no Sahlgrenska Hospital da Universidade de Goteborg, demonstrou que, de um modo geral, os obesos apresentavam um estado de saúde debilitado e uma diminuição do humor eutímico, sendo estas perturbações mais graves nas mulheres que nos homens. A ansiedade e a depressão, bem como a morbilidade psiquiátrica tinham maior grau de incidência nos obesos, sendo as mulheres as mais afectadas. Verificou-se ainda que a morbilidade somática e psiquiátrica prévia é decisiva para a saúde e para o funcionamento psicológico nos obesos. O sedentarismo foi considerado o factor de risco proeminente, tendo o número de tentativas de dieta e imagem corporal uma correlação positiva com o aumento de peso (Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1993). Desta forma, os resultados deste estudo demonstram que a obesidade grave é um factor debilitante para a saúde e funcionamento psicossocial.

4. Tratamento

São diversos os factores que aumentam a susceptibilidade à obesidade, tais como o baixo índice de actividade física, problemas psicológicos e/ou emocionais, doenças, bem como os hábitos alimentares incorrectos. Assim, identificar o perfil do indivíduo que procura perder peso, avaliando o grau de actividade física, nutrição e os comportamentos permite auxiliar um melhor atendimento clínico a estes indivíduos (Petla et al., 2007).

Ajudar um obeso a perder peso é difícil e a manter a perda mais difícil ainda (Torres, Reis & Medina, 1991, cit in Pereira, 2004). Ao longo dos anos inúmeros tratamentos têm sido empregues para combater a obesidade. A maior parte dos tratamentos médicos para a obesidade não tem tido bons resultados: a perda de peso é difícil e as recaídas são muito comuns (Blundell & Hill, 1986, cit in Pereira, 2004), provavelmente porque o tratamento da obesidade não se limita apenas à área puramente médica ou dietética (Pereira, 2004). Por esta razão, é importante que o tratamento tenha uma visão multidisciplinar, que combine a educação nutricional, a actividade física e também a avaliação e o trabalho de variáveis psicológicas associadas ao excesso de peso. Assim, o delineamento de um projecto de intervenção na obesidade deve ter em conta um amplo espectro de variáveis: hábitos alimentares, psicopatologia associada, apoio familiar, auto-conceito, pensamentos distorcidos relacionados com o peso, etc. (Pereira, 2004).

De entre as opções terapêuticas para a obesidade, o tratamento clínico é fundamental, sendo parte integrante inclusive do tratamento cirúrgico e tem como objectivo mudar o estilo de vida do indivíduo obeso, melhorando o seu padrão alimentar e também estimulando a prática de actividade física. Para isso é preciso identificar as falhas tanto no comportamento alimentar, quanto outros erros nos seus hábitos de vida (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

A obesidade deve ser reconhecida como uma patologia e tratada como tal. O paciente deve compreender que a perda de peso é muito mais que uma medida cosmética e visa a redução da morbilidade e mortalidade associadas à obesidade. Perdas de 5 a 10% do peso inicial são associados a reduções significativas de tensão arterial, glicemia e valores lipídicos.

Tanto os factores biológicos e comportamentais como os aspectos psicológicos são de fundamental importância para o entendimento e tratamento do paciente obeso (Dobrow et al, 2002, cit in Costa et al, 2006), uma vez que pacientes com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de extrema importância uma

avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando uma redução de possíveis complicações pós-operatórias (Fandiño et al., 2004).

Existe uma dificuldade na adesão a programas de perda de peso, por exemplo, reeducação de hábitos alimentares e implementação de actividade física, uma vez que esta população procura resultados rápidos, com baixo custo e de fácil acesso (Petla et al., 2007).

Para perder peso, as pessoas obesas devem consumir menos calorias do que gastam. Deste modo, a maior parte dos programas para perder peso baseiam-se na modificação comportamental. Os programas acreditados ensinam como fazer mudanças seguras, sensatas e graduais nos hábitos alimentares que aumentam o consumo de hidratos de carbono complexos (frutas, vegetais, pão e massa) e que diminuam o consumo de gorduras.

Cada vez mais, os médicos prescrevem medicamentos para perder peso. Quando o medicamento é interrompido, recupera-se rapidamente o peso.

Na obesidade, o tratamento mais comum é a cirurgia bariátrica, uma vez que tem demonstrado resultados efectivos na perda de peso, pelo menos a curto prazo.

As múltiplas complicações da obesidade grave (mais de 100% do excesso de peso) tornam extremamente necessário o tratamento médico e, em muitos casos, a cirurgia aparece como a opção mais eficaz. A cirurgia aplica-se nestes casos para reduzir o tamanho do estômago, de maneira a diminuir a quantidade de alimento que se pode ingerir de cada vez; este procedimento cirúrgico pode levar a perdas de peso muito consideráveis, que atingem habitualmente metade do excesso de peso, em geral 36 kg a 68 kg. A perda de peso é rápida de início, depois diminui gradualmente durante dois anos, até atingir um nível que, com frequência, se mantém. A perda de peso geralmente alivia as complicações e melhora o humor da pessoa, a sua auto-estima, a imagem corporal, o nível de actividade e a capacidade para trabalhar e relacionar-se com outras pessoas.

Para Coutinho e Benchimol (2002, cit in Vasconcelos & Neto, 2008), em função das comorbilidades associadas à obesidade, o seu tratamento deveria incluir metas para uma reeducação alimentar, actividade física e agentes anti-obesidade. Porém, em pessoas cuja obesidade atingiu um grau maior de severidade, uma abordagem clínica não apresenta bons resultados e, nestes casos, a cirurgia bariátrica surge como uma opção de tratamento.

4.1.Hábitos Alimentares e Dietas

São dois os modelos de alimentação que contribuem para a obesidade em algumas pessoas, a perturbação de compulsão alimentar (*Binge Eating*) e a síndrome da alimentação

nocturna. Estes podem ser desencadeados pelo stress e por certas perturbações emocionais. A compulsão alimentar é semelhante à bulimia nervosa, exceptuando que os excessos não são seguidos de vómitos auto-induzidos. Na síndrome da alimentação nocturna, a falta de apetite durante a manhã é seguida por um excesso de ingestão alimentar, agitação e insónia durante a noite.

As dietas ou a restrição alimentar nas mulheres de todas as idades leva a um aumento de cortisol (Kral, 2009).

Assim, o estilo de vida moderno, se não for modificado, predispõe ao excesso de peso (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

4.2.O Exercício Físico

O impacto positivo da prática regular de exercício físico para a saúde é evidenciado na literatura através de estudos epidemiológicos. Benefícios fisiológicos como a manutenção do peso corporal, prevenção de doenças cardiovasculares e osteoarticulares, controlo da tensão arterial e dos níveis de colesterol, além de benefícios psicológicos e sociais como a melhoria da auto-estima e do convívio social, prevenção de depressão e do stress são alguns exemplos desse impacto (Teixeira et al., 2009).

No que concerne aos comportamentos, a actividade física reduzida é provavelmente uma das principais razões para o aumento da obesidade entre as pessoas de sociedades economicamente mais favorecidas. As pessoas sedentárias precisam de menos calorias. Também no que concerne à actividade física, é preocupante constatar que à medida que a idade avança, diminui a sua prática (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

4.3.Farmacologia

As medidas farmacológicas devem ser aplicadas selectivamente quando há indicação para isso, e em caso algum poderão substituir o plano alimentar ou a prática de exercício físico. De facto, são recursos que ajudam a complementar melhor a base do tratamento, que continua a ser a alimentação cuidada e o exercício físico (Rodríguez et al., 2003).

4.4.A Cirurgia

Como já amplamente referido, a obesidade é uma doença crónica, multidimensional e com alto grau de comorbilidades, que tem aumentado nos últimos anos. A perda de peso por meio da cirurgia bariátrica pode levar a uma melhoria da qualidade de vida dos sujeitos obesos (Vasconcelos & Neto, 2008), uma vez que, actualmente, segundo a literatura, a cirurgia bariátrica é considerada o único e efectivo tratamento para a obesidade grave ou mórbida (IMC maior que 40) e para a obesidade moderada (IMC entre 35 e 39,9) com comorbilidades que são curadas ou melhoradas com a perda de peso (Quillici, 2006).

O objectivo da cirurgia bariátrica é que os pacientes diminuam o seu grau de obesidade, aliviando as patologias associadas e melhorando a sua qualidade de vida (Costa et al, 2009). O estudo de meta-análise de 136 trabalhos, que incluiu 22.094 pacientes, Buchwald e colaboradores (2004) mostraram o impacto da redução de peso em importantes comorbilidades relacionadas com a obesidade: diabetes, hipertensão e apneia do sono (Quillici, 2006). Estudos mais recentes demonstram a melhoria do controlo da Diabetes *Mellitus* 2 logo nas primeiras semanas após a cirurgia e da melhoria da resistência à insulina (Quillici, 2006).

Com a cirurgia bariátrica, pessoas com obesidade de Classe III (IMC ≥ 40) conseguem perdas de 20 a 30 Kg (media de 4.5 Kg/mês nos primeiros 6 meses). Os benefícios conseguidos são substanciais, com reduções da tensão arterial na ordem dos 43% nos obesos hipertensos e melhoria dos níveis de glicemia, em 69%, nos diabéticos tipo 2 (Direcção-Geral de Saúde, 2005). É, hoje, evidente que a perda de peso melhora o risco cardiovascular, dado os seus efeitos positivos na redução da tensão arterial e nos processos de hipocoagulação (Direcção-Geral de Saúde, 2005). A redução de peso, em pessoas obesas com diabetes tipo 2, melhora o controlo glicémico entre 10 a 20% (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Nas pessoas obesas, a dislipidemia mista melhora com a perda de peso, mesmo quando esta é modesta (Direcção-Geral de Saúde, 2005). A melhoria da sensibilidade à insulina, conseguida com a perda de 5% do peso, reflecte-se favoravelmente na mulher obesa com ovário poliquístico, traduzindo-se na recuperação dos ciclos menstruais e, por vezes, na própria ovulação e consequente fertilidade (Direcção-Geral de Saúde, 2005). Especificamente em relação à obesidade grau III, enquanto alguns estudos sugerem a existência de comprometimento psicológico significativo dentro dos candidatos à cirurgia bariátrica (Capitão & Tello, 2002; Dixon et al., 2003; Fabricatore et al., 2005; Mamplekou et al., 2005), outros indicam que eles estariam mais próximos da população geral, sem níveis elevados de sintomatologia

psicopatológica (Dymek et al., 2002; Franques & Ascencio, 2006; Malone & Mayer-Alger, 2004). Em relação aos indivíduos já submetidos à cirurgia, apesar de também não haver unanimidade, a maioria dos estudos indica uma melhora no quadro emocional, principalmente nos primeiros meses, estendendo-se por dois anos (Dixon et al., 2003; Dymek et al., 2002; Malone & Mayer-Alger, 2004; Mello, 2001; Peixoto & Geloneze, 2006).

No entanto, é muito importante realizar uma análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do paciente, antes de indicar a cirurgia. Assim, para que todos os benefícios da cirurgia bariátrica sejam alcançados é fundamental que o paciente seja avaliado e orientado por uma equipa multidisciplinar (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, endocrinologista, cardiologista pneumonologista, psiquiatra e cirurgião), esteja consciente de todo o processo e comprometido para fazer o acompanhamento após a cirurgia (Quillici, 2006), salientando que o sucesso do tratamento depende principalmente do comprometimento do mesmo (Costa et al, 2009). A avaliação do risco cirúrgico deve ter em conta a idade do paciente, grau de obesidade, comorbilidades bem como o tipo de cirurgia (Quillici, 2006).

Sabemos que os riscos da cirurgia bariátrica existem, principalmente as complicações gastrointestinais e respiratórias, além das deficiências nutricionais, porém, para os pacientes com indicação cirúrgica adequada e precisa, os benefícios da perda de peso suficiente e mantida, aliviando e retardando a progressão das comorbilidades relacionadas com a obesidade, estão bem estabelecidas. As complicações mais comuns da cirurgia bariátrica são: anemia, desnutrição proteica, deficiência do complexo B e de cálcio, alterações na função hepática e na função renal, entre outras (Quillici, 2006).

As mulheres correspondem à maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Oliveira & Yoshida, 2009).

Os tratamentos cirúrgicos, actualmente, não são tão arriscados nem tão caros. Autores defendem que não existe outro tratamento capaz de manter a perda de peso para além de 4 anos, o que a cirurgia demonstra ser capaz, no entanto, estes mesmos autores defendem que a atenção deve focar-se na prevenção da obesidade e não no tratamento (Kral, 2009).

As complicações pós-operatórias precoces que podem ocorrer são: embolia pulmonar, insuficiência respiratória, hemorragia e morte (Quillici, 2006). No pós-operatório imediato, o paciente está com a capacidade gástrica reduzida, por isso, a dieta prescrita é baixa em calorias, líquida e fraccionada em pequenos volumes, tendo como objectivo o repouso gástrico e a adaptação a pequenos volumes e à hidratação. Geralmente, este período compreende duas a quatro semanas, com passagem gradual para uma dieta sólida após 30 dias da cirurgia, sendo iniciados, simultaneamente, os suplementos vitamínicos. A perda de peso

média, neste período, é de 10% sendo essencial o acompanhamento nutricional e clínico, uma vez que é uma fase psicologicamente difícil para o paciente que, acabando de sair de um procedimento cirúrgico, enfrenta dor, desconforto, adaptação à dieta e expectativa quanto à nova fase.

Os pacientes que realizam uma preparação pré-operatória adequada, que conhecem todo o processo pelo qual irão passar e que têm o apoio da família, apresentam uma evolução pós-operatória mais favorável do que aqueles que não seguem as normas estabelecidas ou que saltam etapas, surgindo uma maior incidência de complicações principalmente em relação à adaptação à dieta e perturbações psicológicas e psiquiátricas (depressão, ansiedade, etc.) (Quillici, 2006).

Após o primeiro mês, a dieta deverá continuar em pequenas porções, rica em ferro, cálcio e vitaminas. O paciente é orientado para escolher alimentos nutritivos e a mastigação exaustiva deve ser estimulada de forma a evitar engasgos e vômitos (Quillici, 2006).

A evolução nutricional deve ser lenta e progressiva para alimentos sólidos, dependendo da tolerância individual, sendo os pacientes mais ansiosos e que não foram bem treinados para a mastigação lenta os que tendem a sentir mais desconforto e até vômitos, necessitando de maior atenção da equipa multifactorial (Quillici, 2006).

Após o terceiro mês, o paciente está, geralmente, adaptado à dieta e a perda de peso é mais notória havendo também um aumento da disposição e do bem-estar geral (Quillici, 2006). Uma das queixas mais comuns é a queda de cabelos e as unhas mais fracas, decorrentes da perda de proteínas que é mais intensa na fase inicial da perda de peso e que melhora com o aumento da ingestão de proteínas (carne) e dos suplementos vitamínicos e minerais (Quillici, 2006).

Um ano após a cirurgia, geralmente, a perda de peso estabiliza entre os 30 e os 40% do peso inicial, encontrando-se o paciente adaptado à sua dieta e às actividades físicas para si propostas, a fase das novidades passa e muitas vezes a depressão pode instalar-se se o paciente tiver como expectativas da cirurgia a resolução de todos os seus problemas de relacionamento ou de trabalho. É necessário que o paciente se reestruture e se reorganize nesta nova fase da sua vida. Estudos mostram que os pacientes obesos mórbidos apresentam alta prevalência de conflitos psicológicos, que se modificam com a perda de peso, porém, não desaparecem (Quillici, 2006).

Então, o papel do psicólogo, relativamente à cirurgia, é avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a cirurgia e auxiliá-lo quanto à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré e pós-cirúrgico (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

4.4.1. Tipos de Cirurgia

As cirurgias de combate à obesidade podem ser didacticamente divididas em procedimentos que: limitam a capacidade gástrica (as chamadas cirurgias restritivas); interferem na digestão e uma combinação de ambas. São consideradas como opção efectiva para controlo da obesidade mórbida a longo prazo (Pories, 2003, *ci in*, Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

São reconhecidas três técnicas de tratamento cirúrgico: a Gastroplastia, a “Lap Band” e Capella.

A Gastroplastia vertical com bandagem foi desenvolvida em 1982 por Manson. É uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta num esvaziamento mais lento desse “pequeno estômago”. Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução média de 30% do peso total nos primeiros anos. Porém observa-se uma queda na velocidade de perda de peso para menos de 20% após 10 anos de seguimento. Uma das razões propostas para este facto é a aprendizagem realizada pelos pacientes, uma vez que estes passam a seleccionar e a ingerir líquidos hipercalóricos com uma passagem rápida pelo “estômago estreitado” (Fandiño et al., 2004).

A “Lap Band” é outra técnica cirúrgica restritiva, relativamente recente. Consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Esta banda fica ligada a um dispositivo colocado sob a pele, o que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado. Esta técnica ainda carece de melhor avaliação em estudos de seguimento (Fandiño et al., 2004).

Na cirurgia de Capella a gastroplastia está associada a uma derivação gastrojejunal em forma de Y (chamada Y de Roux). Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução do volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado e a conexão com uma alça intestinal. A ingestão de hidratos de carbono simples pode, assim, ocasionar a chamada síndrome de “dumping”, caracterizada por náuseas, vômitos, rubor, dor e sintomas de hipoglicemia). Esta síndrome pode desempenhar um importante papel na manutenção da perda de peso. Com este procedimento, os pacientes obtêm perdas de peso médias na ordem dos 35% a longo prazo. É uma técnica segura e com uma baixa morbilidade (Fandiño et al., 2004).

As cirurgias gástricas restritivas limitam a quantidade de comida que pode ser ingerida. No entanto, os pacientes devem adaptar o seu comportamento alimentar, por

exemplo, evitando carne. Assim, estas cirurgias requerem dietas específicas, ou seja, controlo da ingestão de certo tipo de alimentos e bebidas (Kral, 2009).

Ao contrário das cirurgias puramente restritivas, as cirurgias como o *bypass* gástrico, causa, uma restrição similar às bandas, no entanto apenas transitória, durando, normalmente, menos de um ano. Estas cirurgias menos específicas alteram a sequência da ingestão alimentar, bem como da absorção, assim como do tempo de libertação de peptídios e enzimas gastrointestinais, o que resulta numa redução do apetite (Kral, 2009).

Actualmente, a cirurgia bariátrica (Gastroplastia de banda ajustável ou *Bypass* Gástrico) é considerada como a forma de tratamento mais eficaz a longo prazo para a obesidade mórbida. Este facto leva a que muitos doentes encarem a cirurgia como uma “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e na cirurgia expectativas excessivas (Rabner & Greenstein, 1991; Morais, 2010). No entanto, esta confiança excessiva e irrealista no “milagre cirúrgico” pode pôr em risco o tratamento, uma vez que o doente tende a desresponsabilizar-se do processo terapêutico, levando a que não adira aos requisitos pós-cirúrgicos do tratamento (alterações alimentares, comportamentais e de estilo de vida), essenciais para garantir a sua eficácia. Estas alterações são ainda mais difíceis já que o doente obeso tem tendência a desejar ser um participante passivo no seu próprio tratamento (Randolph, 1986; Rabner & Greenstein, 1991; Morais, 2010).

Por estas razões, o sucesso da cirurgia Bariátrica nem sempre se verifica. Muitos doentes perdem peso numa fase inicial mas voltam a recuperá-lo, geralmente 18 meses a 2 anos após a cirurgia bariátrica e, para muitos doentes, o seu peso mantém-se 50% acima do peso de referência (Morais, 2010). Para este insucesso contribui, em grande parte, o facto de os indivíduos não alterarem os seus estilos de vida, nomeadamente através do aumento da actividade física, e manterem os comportamentos alimentares prévios à intervenção cirúrgica. A cirurgia bariátrica representa, sem dúvida, uma importante terapêutica para a perda ponderal, no entanto, não é eficaz sem alterações comportamentais relevantes e permanentes (Morais, 2010).

Assim, os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhoria nas comorbilidades relacionadas com a obesidade e melhoria na qualidade de vida (Fandiño et al., 2004).

4.4.2. Indicações

O aumento da prevalência da obesidade mórbida ($IMC \geq 40$) resultou num aumento do número de indicações de tratamento cirúrgico da obesidade, uma vez que o tratamento clínico nessa população está associado a um alto índice de insucesso terapêutico (Xanthakos & Inge, 2006). Não obstante, existe consenso na indicação cirúrgica de pacientes portadores de obesidade mórbida em duas situações: a) IMC igual ou superior a 40; b) IMC igual ou superior a 35 na constância de comorbilidades que afectam o paciente. O tratamento cirúrgico deve ser evitado em crianças e adolescentes e em pacientes com doenças incapacitantes ou em pacientes com mais de 70 anos (Ferraz & Filho, 2006). Os pacientes com IMC próximo de 35 com comprovada síndrome metabólica e obesidade crónica refractária a tratamento médico podem merecer tratamento cirúrgico (Ferraz & Filho, 2006). É também muito importante que o paciente tenha capacidade intelectual de compreender todos os aspectos propostos de tratamento cirúrgico, particularmente os riscos e a importância do acompanhamento a longo prazo (Ferraz & Filho, 2006), bem como o seu papel activo no tratamento.

Têm sido sugeridos por alguns autores critérios de índole psicológica para a selecção dos candidatos à cirurgia, que a contra-indicam ou que os remetem para tratamento prévio. Como contra-indicação absoluta ou critérios de exclusão têm sido referidas as seguintes condições clínicas: as psicoses, alcoolismo e atraso mental (por impedirem uma tomada de decisão informada), e a bulimia nervosa (Terra, 1997, cit in Travado et al, 2004) e nunca ter frequentado um programa de tratamento para perda de peso, considerando a cirurgia como tratamento de primeira escolha, falta de motivação e colaboração na implementação das necessárias mudanças ao nível do estilo de vida (Freys e col., 2000, cit in Travado et al, 2004). Como critérios de suspensão do agendamento de cirurgia têm sido referidas as seguintes condições clínicas: perturbação alimentar de tipo compulsivo (*Binge Eating Disorder*), bulimia, abusos físicos e/ou sexuais, abuso/dependência de substâncias, estados maníacos, psicoses e ideação suicida e intenção suicida até à sua remissão total, e as perturbações ansiosas e depressivas, problemas conjugais/familiares, perturbações de personalidade e perturbação de stress pós-traumático até à sua remissão parcial (Ayad, 2004, cit in Travado et al, 2004).

Quanto à possibilidade de contra-indicações psiquiátricas para a cirurgia bariátrica, não há consenso na literatura. Embora, a presença de transtornos depressivos, bipolares ou psicoses costumem ser considerados como contra-indicação para a realização da cirurgia. Não existem dados ou factores de bom ou mau prognóstico adequadamente estudados e/ou comprovados (Segal, 2002, cit in Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004). Assim, a cirurgia

bariátrica deve ser contra-indicada em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a cirurgia, quer por transtornos psiquiátricos de eixo I ou por incapacidade cognitiva (Segal, 2002, cit in Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004).

4.4.3. Resultados e Qualidade de Vida Pré e Pós-cirurgia

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como, “*um conceito alargado que é afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio*” (WHOQOL Group, 1993, cit in Silva et al., 2006).

O impacto negativo da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos, tem sido amplamente investigado em diversos estudos. De acordo com Sullivan, Sullivan e Kral (1987, cit in Vasconcelos & Neto, 2008), há uma deterioração da Qualidade de vida relacionada com a saúde, entre obesos, sobretudo, na capacidade física, no bem-estar psicológico e no funcionamento social.

Um estudo americano (Dymek e tal, 2002, cit in Oliveira & Yoshida, 2009) que avaliou a qualidade de vida (incluindo a depressão), indicou que antes da cirurgia os pacientes apresentaram um nível leve de depressão e após o procedimento, as pontuações de depressão diminuíram. Por seu turno, Larsen et al (1990, cit in Zaldívar e colaboradores, 2009), identificaram o diagnóstico de perturbação da personalidade como um factor de resposta negativa à intervenção cirúrgica. Assim se demonstra que existe melhoria dos estados de ansiedade, depressão e auto-estima em obesos com grandes perdas de peso, após a cirurgia da obesidade. As pequenas perdas de peso, obtidas de forma conservadora, também contribuem para a melhoria da qualidade de vida (Direcção-Geral de Saúde, 2005; Oliveira & Yoshida, 2009).

Também Capitão e Tello (2002, cit in Oliveira & Yoshida, 2009), encontraram níveis baixos de ansiedade em mulheres obesas, utilizando o IDATE. Procurando interpretar estes dados, propõe-se como hipóteses explicativas que os candidatos à cirurgia já contam com o “recurso de cura” para a sua obesidade e não se preocupam muito em perder peso, diferentemente daqueles tratados convencionalmente, que devem fazer dietas, estão sujeitos a restrição alimentar, factores que podem funcionar como ansiogénicos. Ou seja, a expectativa

de que o tratamento cirúrgico possibilite a perda de peso e sua manutenção, em definitivo, pode ser uma variável importante neste processo (Oliveira & Yoshida, 2009).

Estudos revelam que a satisfação do paciente com a cirurgia, está altamente correlacionada com o peso perdido, bem como com a manutenção dessa perda de peso (Kral, 2009). Assim, os benefícios, em termos de melhoria de qualidade de vida e diminuição da morbidade física, têm sido muito bem demonstrados. Além da perda de peso, a cirurgia bariátrica conduz a melhorias significativas no estado geral de saúde (melhoria da tensão arterial, dislipidemia, função respiratória, cardíaca e da diabetes), secundárias à perda de peso (Morais, 2010).

Em suma, com este capítulo percebemos que um estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercício físico regular, pode proporcionar benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais aos sujeitos, uma vez que influi na prevenção de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, depressão e até cancro (Teixeira et al., 2009). A perda de peso intencional reduz a mortalidade no caso da diabetes de tipo 2 e da doença cardiovascular associadas. O mesmo se verifica em pessoas obesas com enfarte do miocárdio prévio (Direcção-Geral de Saúde, 2005). A perda de 3% do peso corporal diminui, de forma significativa, a tensão arterial nos obesos. Assim, se os programas de perda de peso incluírem exercício físico evidencia-se a melhoria de níveis de tensão arterial. É, igualmente, evidente o efeito da perda de peso na redução dos níveis plasmáticos de triglicéridos e de insulina e o aumento do colesterol, proporcionais à percentagem da perda (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Capítulo II – Compulsão Alimentar

A Compulsão Alimentar é uma condição diagnóstica recentemente reconhecida que se caracteriza por episódios recorrentes de ingestão exagerada e descontrolada, assemelhando-se à característica diagnóstica da bulimia nervosa, mas diferenciando-se da bulimia e da anorexia por não apresentar comportamentos de evitação de ganho de peso, como a indução de vômito ou auto-administração de laxantes.

Somente nos últimos começou a receber a atenção dos pesquisadores devido à frequência com que este problema se manifesta. Estes episódios podem ocorrer em associação com outras perturbações, tanto psiquiátricas, quanto clínicas (e.g., anorexia nervosa, bulimia nervosa, perturbações depressivas, obesidade, entre outras) mas também pode ser encontrada como síndrome isolada.

Os pacientes com a perturbação de ingestão compulsiva costumam ocultar os seus comportamentos alimentares e purgativos, quando estes existem, assim como as motivações que os levam a apresentá-los, devido à vergonha e medo de serem impedidos de alcançar os seus objectivos. Frequentemente estes pacientes passam por outras especialidades médicas (clínicos, endocrinologistas) antes de chegarem ao psiquiatra ou psicólogo.

Por apresentar etiologia multifactorial, envolvendo aspectos socioculturais, biológicos, familiares e psicológicos, é uma patologia que necessita de uma abordagem multidisciplinar para se obterem melhores resultados terapêuticos.

1. Compulsão Alimentar: Definição e Diagnóstico

Questiona-se se a Perturbação de Compulsão Alimentar seria uma categoria diagnóstica distinta, visto que abrange um grupo heterogéneo de pacientes que não preenchem critérios para Anorexia Nervosa ou para a Bulimia Nervosa, ou que apresentam variações dessas patologias, por exemplo, preenchendo critérios para Bulimia Nervosa excepto, pelo mecanismo compensatório (Wonderlich, Jonier, Keel, Williamson & Crosby, 2007).

A Perturbação de Ingestão Compulsiva, também denominado de “*Binge Eating*” é uma nova categoria diagnóstica de transtorno alimentar descrita no apêndice B do DSM-IV, entre as categorias em fase de pesquisa, e encontra-se até ao presente momento entre os “Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação”.

Esta perturbação, como o próprio nome indica, define-se basicamente pela Compulsão Alimentar, ou seja, por ingestão de grandes quantidades de comida associada à perda de controlo, com subsequente angústia e culpabilidade por tal comportamento.

Esta compulsão/desejo pelo alimento encontra-se associada a um intenso sofrimento quando o sujeito é confrontado com a vontade irresistível e inquietante de comer. Assim, durante o processo compulsivo, o paciente não consegue perceber e controlar o impulso, seguindo-se depois os sentimentos de culpa.

A compulsão alimentar foi descrita pela primeira vez por Stunkard em 1959, no sentido de uma ingestão de enormes quantidades de comida num curto espaço de tempo, seguido de sentimentos de desconforto físico e de culpabilização frequentemente relacionados com um evento precipitante específico (stressor).

Em 1977, Wermuth et al. ampliam a descrição realizada em 1959 por Stunkard e desenvolvem critérios diagnósticos para a síndrome de “ingestão compulsiva”:

- a) Ingestão rápida, impulsiva, episódica e sem controlo, de grandes quantidades de alimento num período de tempo relativamente curto.
- b) O episódio termina apenas quando há desconforto físico (por exemplo, dor abdominal). Vômitos auto-induzidos podem ocorrer, mas não são necessários para o diagnóstico.
- c) Sentimentos subsequentes de culpa, desprezo por si ou remorso.

Segundo Devlin, diversos grupos ligados ao desenvolvimento do DSM-IV trabalharam em conjunto na criação de critérios para uma nova categoria dentro das perturbações alimentares, o *Binge Eating Disorder*. Essa proposta baseou-se na observação de que muitos obesos que procuravam tratamento apresentavam ingestão compulsiva, mas não os comportamentos compensatórios inadequados para a prevenção de ganho de peso, critério necessário para o diagnóstico de Bulimia Nervosa. Este sub-grupo classificado na categoria de “Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação” passou a despertar o interesse de diversos pesquisadores a partir da década de 80.

A perturbação de ingestão compulsiva foi então incluído no apêndice B do DSM-IV, designado por categorias diagnósticas que requerem ser melhor estudadas, com os seguintes critérios de definição:

- a) Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão é caracterizado pelos seguintes critérios: 1- Ingestão, num período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período limitado de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas

consumiria num período similar, sob circunstâncias similares; 2- Um sentimento de falta de controlo sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o quê ou quanto se está a comer).

b) Os episódios de compulsão alimentar, estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios: 1- comer muito mais rapidamente do que o normal; 2- comer até sentir-se incomodamente cheio; 3- comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto; 4- comer sozinho, por embaraço pela quantidade de alimentos que consome; 5- sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

c) Acentuada angústia relativa à compulsão.

d) A compulsão ocorre, pelo menos dois dias por semana, durante seis meses. O método de determinação da frequência difere daquele usado para a bulimia nervosa; futuras pesquisas devem dirigir-se à decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de frequência, isto é, contar o número de dias nos quais ocorre a compulsão ou contar o número de episódios de compulsão.

e) A compulsão não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

Como vimos, a caracterização da ingestão compulsiva (comportamento de compulsão alimentar) mudou desde a primeira vez em que aparece na literatura. Porém, uma característica sempre presente, é a forma que toma este acto: a compulsão como um “ataque”, que faz o indivíduo sentir-se sem liberdade para optar entre comer ou não comer, como se fosse refém de um impulso que não é capaz de controlar. Num primeiro momento este impulso traz-lhe prazer, num segundo momento, traz-lhe culpa e sofrimento.

1.1. Características Clínicas

Como já foi dito anteriormente, a ingestão compulsiva está presente nas principais Perturbações do Comportamento Alimentar. Na bulimia nervosa a ingestão compulsiva de alimentos é um dos critérios de diagnóstico, sendo que todos os bulímicos a praticam. Na anorexia nervosa, a ingestão compulsiva é um dos critérios que permite fazer a distinção entre a anorexia nervosa tipo restritivo e a anorexia tipo ingestão compulsiva e/ou purgativa (Fairburn e Wilson, 1993).

Na obesidade é amplamente reconhecido que há um grande número de indivíduos com significativos problemas de ingestão compulsiva e que são comuns na procura de tratamento de emagrecimento.

1.1.1. Episódios de Ingestão Compulsiva e Obesidade

Como já foi referido anteriormente, a obesidade é uma condição que advém de múltiplas causas, trazendo variadas consequências, sendo também bastante frequente em indivíduos com diagnóstico de ingestão compulsiva.

Segundo Spitzer (1992) a maior parte da população que apresenta episódios de ingestão compulsiva é obesa, sendo a sua prevalência maior em indivíduos que sofrem de obesidade mórbida e ocorrendo maioritariamente em mulheres.

Várias pesquisas constataram que 20% a 30% de obesos procuram tratamento para problemas graves de ingestão compulsiva. Também Loro e Orleans (1981) verificaram que 28,6% dos pacientes obesos que tentaram tratamento para a obesidade apresentavam episódios de compulsão alimentar duas ou mais vezes por semana. Gormally, Black, Daston, e Rardin (1982), usando uma entrevista semi-estruturada baseada nos critérios para a bulimia nervosa da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (APA, 1980), observaram que 23% dos indivíduos com peso elevado que procuraram tratamento, tiveram sérios problemas de compulsão alimentar.

Embora sejam necessários mais estudos epidemiológicos adicionais, é de facto confirmado que o problema da ingestão compulsiva é um problema grave e comum entre indivíduos obesos. A etiologia deste problema na população obesa é ainda desconhecida, no entanto, uma predisposição biológica para a obesidade e/ou problemas de depressão poderão ser factores de risco para o desenvolvimento desta problemática. Também a relação existente entre ingestão compulsiva, dieta e obesidade está ainda pouco clara, no entanto, autores (e.g., Spitzer et al., 1982) sugerem que a dieta normalmente precede o aparecimento da compulsão alimentar em sujeitos de peso normal, mas em contrapartida há poucos dados relativos à ingestão compulsiva em obesos. No entanto, a informação disponível acerca destes pacientes indicam a origem do problema na infância, longas histórias familiares de obesidade e comportamentos frequentes de dieta e perda de peso (Spitzer et al., 1982). Porém, um estudo (Wilson, Nonas, e Rosenblum, 1993) constatou que aproximadamente dois terços de uma amostra de *binge eaters* obesos indicaram ter a síndrome de ingestão compulsiva antes do

desenvolvimento da obesidade. Assim, são necessários estudos adicionais que esclareçam as relações entre ingestão compulsiva, dieta e o desenvolvimento da obesidade.

2. Etiologia

Uma das pré-condições para a ingestão compulsiva é a ênfase social no culto pelo corpo e pela magreza, que aumenta o desejo de ser magra e aumenta a insatisfação com a imagem corporal. Esta pressão externa pode originar o recurso à dieta e ao exercício físico, sendo que está provado que a dieta está associada e precede a ingestão compulsiva (Herman, 1985; citado por Polivy e Herman, 1993). Quer o recurso à dieta quer a ingestão compulsiva foram relacionadas com a baixa auto-estima, apesar de ainda não se ter conseguido verificar se esta será um precedente ou uma consequência. Existem outras características de personalidade que também têm sido identificadas como pré-condições para a ingestão compulsiva, como a ansiedade, a disforia e a instabilidade emocional. O tipo e qualidade da interacção familiar também poderá contribuir para estes episódios compulsivos, mas ainda não há resultados conclusivos (Polivy e Herman, 1993).

Os mecanismos desencadeantes dos episódios de ingestão compulsiva mais conhecidos são a ansiedade, a redução da capacidade cognitiva, a perda motivacional para restringir e a alteração da auto-percepção, sendo que aparecem muitas vezes relacionados. Davis (1988; cit in Polivy e Herman, 1993), afirma que a ansiedade diminui a importância dada ao controlo restritivo, sendo essa diminuição do controlo que leva à ingestão compulsiva.

Segundo alguns estudos (Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1988; Polivy & Herman, 1985, 1987, 1991; Polivy et al., 1986; cit in Polivy e Herman, 1993) a compulsão acontece frequentemente depois de se ter comido algum alimento considerado proibido. Segundo Polivy e Herman (1993) isto deve-se à activação da dicotomia do “tudo ou nada”.

3. Consequências da ingestão compulsiva

As consequências imediatas de um episódio de ingestão compulsiva são agradáveis, há alívio e descontração. No entanto, o bem-estar com a vida e consigo próprio, são depressa derrubados por pensamentos ainda mais negativos do que os que precedem a ingestão compulsiva, associados ainda ao desconforto físico. Segundo Polivy & Herman (1993) a

reincidência neste comportamento deve-se ao facto do reforço imediato ser mais efectivo para manter um comportamento do que um reforço a médio ou longo prazo.

4. Tratamento

Segundo Smith, Marcus e Eldredge (1994, cit in Marcus, 1997), os estudos realizados até agora têm demonstrado que os tratamentos eficazes na bulimia nervosa, como a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal e o tratamento farmacológico utilizando anti-depressivos, também são eficazes no tratamento da perturbação de ingestão compulsiva. No entanto, devido às diferenças clínicas existentes entre as duas perturbações, as diversas formas de tratamento devem ser adaptadas à perturbação de ingestão compulsiva (Marcus, 1997).

4.1. Psicoeducação

Segundo Garner (1997) a psicoeducação começou por ser usada como parte do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa, e tem por base o pressuposto que diz que o desconhecimento dos pacientes sobre os factores que causam e mantêm a doença, também ajuda na sua manutenção. Assim, esta terapia passa por esclarecer sobre as múltiplas causas das doenças de comportamento alimentar e o seu contexto cultural, sobre o peso médio e a sua regulação fisiológica, sobre os efeitos da fome no comportamento, sobre o uso do vómito, laxantes e diuréticos como controladores de peso, e sobre as complicações físicas que podem advir do comportamento alimentar. A psicoeducação também ajuda na determinação de um peso saudável e a restaurar padrões alimentares normais, além de que termina com o ensino de técnicas de prevenção das recaídas (Garner, 1997).

4.2. Psicoterapia interpessoal

Esta psicoterapia começou por ser uma psicoterapia breve para a depressão, adaptada por Klerman et al. (1984, cit in Agras, 1993) para a ingestão compulsiva. Baseia-se na identificação das dificuldades interpessoais envolvidas no desenvolvimento e manutenção do problema, e são estas questões interpessoais que são trabalhadas no decorrer da terapia.

4.3. Farmacoterapia

Walsh et al. (1988; cit in Mitchell & Zwaan, 1993) sugerem que os anti-depressivos funcionam como redutor da ansiedade que frequentemente precede os episódios de ingestão compulsiva. Estes começaram por ser utilizados na bulimia nervosa devido à associação da perturbação a sintomas depressivos, tendo-se verificado que o seu uso extinguiu mais rapidamente os episódios de ingestão compulsiva do que os sintomas depressivos (Barlow, Blouin, & Perez, 1988; cit in Mitchell & Zwaan, 1993). Em estudos posteriores (FBNC study group, 1992; Horne et al., 1988; Hsu et al., 1991; Hughes, Wells, Cunningham e Ilstrup, 1986; Mitchell e Groat, 1984; Walsh et al., 1988; cit in Mitchell & Zwaan, 1993), verificou-se que também eram eficazes no tratamento da bulimia mesmo não havendo registo de sintomatologia depressiva.

No entanto, apesar destes resultados benéficos no controlo da ingestão compulsiva, no estudo de Agras et al. (1994, cit in Marcus, 1997) verificou-se no follow-up que o grupo sujeito a anti-depressivos tinha perdido significativamente mais peso do que o grupo de controlo, o que os fez pressupor que o uso destes fármacos tenha facilitado a restrição alimentar. Estes riscos e benefícios, segundo Marcus (1997) devem ser considerados na prática clínica.

4.4. Tratamento de perda de peso

Marcus et al. (1995, cit in Marcus, 1997) compararam a terapia Cognitivo-comportamental e o tratamento de controlo do peso no tratamento da ingestão compulsiva. Segundo eles, as duas formas de tratamento diminuíram de igual modo a ingestão compulsiva, sendo que aconselham o controlo do peso para casos específicos, onde o peso seja excessivo, pois os sintomas da ingestão compulsiva podem ser tratados sem ser necessário o recurso à dieta.

4.5. Outras formas de tratamento

Segundo Tobin (1993) apesar da investigação já levada a cabo sobre a utilização da psicoterapia psicodinâmica na ingestão compulsiva ainda se obtiveram poucos resultados sobre a sua eficácia. Também a utilização da terapia familiar está a ser estudada, no entanto, os resultados não indicam que seja uma forma muito eficaz de tratamento desta perturbação

do comportamento alimentar (Agras, 1993). Também foram criados programas de doze passos e os “Overeaters Anonymous” (Elizabeth L., 1988; Yeary, 1987; cit in Wilson, 1993) devido ao modelo que vê a ingestão compulsiva como um comportamento aditivo.

No entanto, apesar destas formas unidimensionais o tratamento da ingestão compulsiva poderá beneficiar de uma combinação entre os diversos tratamentos já estudados, ou mesmo de um tratamento sequencial (Agras, 1993).

Em suma, com este capítulo conclui-se que as Perturbações do Comportamento Alimentar são fruto dum conjunto complexo de factores externos e internos.

No caso da bulimia nervosa e da obesidade é difícil concluir o que é causa ou consequência. No entanto, põe-se a hipótese de não haver uma causa física primária, com marcadores metabólicos específicos, mas da ocorrência ser multifactorial.

Para o tratamento da compulsão alimentar, quer isoladamente, quer quando associado à obesidade, bulimia ou anorexia, muitas vezes é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar, que actue em vários níveis, como um nutricionista, um clínico, um psicólogo, etc. O objectivo do tratamento é o controlo dos episódios de ingestão compulsiva de modo a estabelecer (ou restabelecer) hábitos alimentares mais saudáveis. Do ponto de vista psicológico é muito importante que se fortaleça a confiança da pessoa em si própria, trabalhando o *self* e delineando objectivos.

Capítulo III – Modelos Explicativos do Comportamento Alimentar

É sabido que as significações de doença e de tratamento influenciam os processos de adesão dos indivíduos ao tratamento (Turk & Meichenbaum, 1991, cit in Travado et al, 2004), ou seja, o modo como os sujeitos concebem a sua doença (isto é, etiologia, evolução, consequências) (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), tratamento e seus efeitos, grau de mudança comportamental exigido, relação com os profissionais de saúde, com o sistema de saúde e com os recursos sociais (Reis, 1999, cit in Travado et al, 2004).

A saúde e doença são expressões de um conjunto inter-relacionado ou dinâmico das circunstâncias físicas, biológicas, sociais, culturais e ambientais peculiares a cada indivíduo ou comunidade (Savastano, 1980). Actualmente, o termo psicossocial tem sido utilizado para referir uma grande variedade de factores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença (Binik, 1985, cit in Martins, 2004).

Tendo em conta as alterações substanciais no que se refere à saúde e à doença dos sujeitos, postas em evidência pelo Modelo Biopsicossocial, surge a Psicologia da Saúde com o objectivo de unir duas grandes áreas da ciência: o que é fundamentalmente biológico, que estava sobre o domínio da medicina e o especificamente psicológico, estudado pela psicologia (Ballester-Arnal, 1997; Branon & Feist, 2001, cit in Dresch, 2006). Assim, a Psicologia da Saúde surge na década de 70 do século XX, como resposta à falta que fazia uma intervenção reflectida e organizada sobre a doença física, uma vez que, até aqui, o objecto privilegiado eram as doenças mentais (Pais Ribeiro, 2005). Este ramo da psicologia dá ênfase ao papel desempenhado pelos factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e da doença (Ogden, 2004). Assim, procura estudar, compreender e prever os factores psicológicos que desempenham um papel na aparição das doenças, que podem acelerar ou retardar a sua evolução (Dresch, 2006).

Desta forma, com o Modelo Biopsicossocial e com a Psicologia da Saúde, os factores psicológicos e sociais ganham um novo dinamismo no que concerne à sua relação com a saúde e com a doença. O termo psicossocial tem sido utilizado para referir uma grande variedade de factores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença (Binik, 1985, cit in Martins, 2004). Considera Binik (1985) que não existe termo mais apropriado para descrever as características da pessoa, nomeadamente traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os factores sócio-ambientais (e.g.

as situações indutoras de stress). No entanto, apesar de salientarmos a importância das dimensões psicossociais do indivíduo, na sua relação com a saúde e com a doença, não podemos, contudo, descurar a sua vertente biológica, uma vez que os factores psicossociais podem interagir com a dimensão biológica e contribuir para o desenvolvimento de comportamentos inadequados e, consequentemente, para o desenvolvimento de doença (Martins, 2004).

O comportamento é adquirido ao longo da vida através da interacção com o ambiente. As explicações causais para os comportamentos são difíceis de encontrar, e não nos indicam necessariamente como mudar o comportamento.

1. Modelos da Psicologia da Saúde

Tendo em conta as alterações substanciais no que se refere à saúde e à doença dos sujeitos, postas em evidência pelo Modelo Biopsicossocial, surge a Psicologia da Saúde com o objectivo de unir duas grandes áreas da ciência: o que é fundamentalmente biológico, que estava sobre o domínio da medicina e o especificamente psicológico, estudado pela psicologia (Ballester-Arnal, 1997; Branon & Feist, 2001, cit in Dresch, 2006). Assim, a Psicologia da Saúde surge na década de 70 do século XX, como resposta à falta que fazia uma intervenção reflectida e organizada sobre a doença física, uma vez que, até aqui, o objecto privilegiado eram as doenças mentais (Pais Ribeiro, 2005). Este ramo da psicologia dá ênfase ao papel desempenhado pelos factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e da doença (Ogden, 2004). Assim, procura estudar, compreender e predizer os factores psicológicos que desempenham um papel na aparição das doenças, que podem acelerar ou retardar a sua evolução (Dresch, 2006).

Desta forma, com o Modelo Biopsicossocial e com a Psicologia da Saúde, os factores psicológicos e sociais ganham um novo dinamismo no que concerne à sua relação com a saúde e com a doença. O termo psicossocial tem sido utilizado para referir uma grande variedade de factores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença (Binik, 1985, cit in Martins, 2004). Considera Binik (1985) que não existe termo mais apropriado para descrever as características da pessoa, nomeadamente traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os factores sócio-ambientais (e.g. as situações indutoras de stress). No entanto, apesar de salientarmos a importância das dimensões psicossociais do indivíduo, na sua relação com a saúde e com a doença, não

podemos, contudo, descurar a sua vertente biológica, uma vez que os factores psicossociais podem interagir com a dimensão biológica e contribuir para o desenvolvimento de comportamentos inadequados e, consequentemente, para o desenvolvimento de doença (Martins, 2004).

1.1. Modelo de Crenças de Saúde

Uma crença é uma representação individual da realidade suficientemente válida e credível para guiar o comportamento e o pensamento. As crenças afectam a percepção, interpretação, e o comportamento humano. Por esse motivo são a fonte da motivação.

A auto-eficácia é um conceito central na teoria de Bandura. Este define-a como “...*crença ou expectativa que o sujeito desenvolve acerca da sua capacidade de desempenho numa situação particular.*” (Bandura, 1977). Assim, consiste no julgamento que o sujeito faz, das suas capacidades para exercer controlo sobre os acontecimentos que afectam as suas vidas. Este julgamento pessoal é a chave para a acção humana (Bandura, 1989).

Sendo a auto-eficácia algo cognitivo, mudando as crenças de auto-eficácia será possível mudar o comportamento.

As atribuições causais afectam a motivação, performance e reacções afectivas através das crenças de auto-eficácia. Ou seja, a auto-eficácia influencia a adesão, a intenção comportamental e a execução do comportamento. Assim, a auto-eficácia está associada com uma melhor saúde, mais sucesso e melhor integração social.

O Modelo de Crenças de Saúde (Becker e colaboradores, 1977) surge devido ao facto de surgir a percepção de que as pessoas não têm comportamentos preventivos relativamente à saúde. Posteriormente este modelo foi sendo modificado uma vez que foram sendo acrescentadas variáveis para a aplicação do modelo a comportamentos relacionados com o diagnóstico e tratamento.

Este modelo entende que o sujeito realizará um comportamento relacionado com a saúde se esse sujeito sentir que uma condição de saúde negativa pode ser evitada, se tiver uma expectativa positiva de que se realizar o comportamento recomendado, irá evitar uma condição de saúde negativa e se o sujeito acreditar que pode levar a cabo o comportamento recomendado com sucesso. Pode ser aplicado no sentido da prevenção/educação, bem como na promoção de comportamentos de saúde.

Este Modelo parte da suposição de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua

saúde. A estas percepções o indivíduo acaba por atribuir um valor, valor esse que o leva a acreditar ou não na eficácia das acções tendentes à melhoria da saúde (Couto, 1998). Assim, a partir destas crenças, é possível prever diferentes comportamentos relacionados com a saúde, quer a nível da prevenção da doença, quer a nível da promoção da saúde (Teixeira, 1993; Bishop, 1994).

Explicitando o modelo de crenças da saúde desenvolvido por Becker, as diversas percepções atrás referidas podem ser influenciadas por factores modificadores constituídos, fundamentalmente, por três tipos de variáveis: Demográficas (idade, sexo, raça, etnia); Psicossociais (personalidade, classe social, grupos de pares); Estruturais (conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma).

As probabilidades de um indivíduo desencadear uma acção em prol da sua saúde dependerão fundamentalmente, da percepção que o indivíduo tem dos diversos factores que, de algum modo, tem dos diversos factores que, de algum modo, possam estar relacionados com uma situação de doença. Ou seja, quanto maior a susceptibilidade e gravidade percebidas, maior a probabilidade da decisão levar a uma acção. Assim, se os benefícios percebidos da acção que se pretende realizar, superam as barreiras percebidas, dessa mesma acção, as probabilidades de o indivíduo empreender essa acção, serão elevadas (Couto, 1998).

Em suma, o Modelo de Crenças de Saúde parece constituir um modelo útil para a compreensão dos comportamentos preventivos, em relação à saúde, nomeadamente, da participação em programas de rastreio genético, bem como para a elucidação dos factores influenciadores da adesão a uma terapêutica. O modelo apresenta-se como uma seriação das relações custo-benefício, que se baseia em pressupostos cognitivos (susceptibilidade percebida à doença e gravidade percebida de sofrer de uma doença) e motivacionais (avaliação dos custos e dos benefícios inerentes à participação num tratamento ou à realização de um diagnóstico (Andrade, 2000).

1.2. Modelo de Cognição Social

Neste modelo, os processos cognitivos e sociais estão em interacção.

As teorias e modelos da Cognição Social permitem-nos diferenciar entre indivíduos e preditores de comportamento, medeia o impacto de outros factores e permite focar variáveis mais prováveis de alteração. Assim, as intervenções têm por objectivo fazer progredir o indivíduo num continuum até atingir um determinado comportamento/objectivo.

Na Teoria da Cognição Social (Bandura, 1977, 1986, 1997), salienta-se o Determinismo recíproco, ou seja, Comportamento, Factores Pessoais e Factores Ambientais interagem bidireccionalmente sendo que alguns factores podem ser mais fortes do que outros.

Os modelos de cognição social têm contribuído para esclarecer alguns factores associados à mudança e manutenção de novos hábitos (Baldwin & Falciglia, 1995, cit in Viana, Lopes dos Santos & Guimarães, 2008). Diversos factores de ordem psicológica e psicossocial, como a falta de motivação, influencia social, crenças e sentimentos de auto-eficácia, contribuem para dificultar ou facilitar as mudanças no estilo de vida e nomeadamente dos hábitos alimentares (Huon & Strong, 1998, cit in Viana, Lopes dos Santos & Guimarães, 2008).

1.3. Teoria da Motivação Protectora

Relacionada com a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura e com o Modelo de Crenças de Saúde. Permite compreender as avaliações que fazemos de determinadas situações que desencadeiam medo, bem como a forma como compreendemos este medo (*Coping*). Esta teoria criada por Rogers em 1975 para permitir uma melhor compreensão das avaliações desencadeadoras de medo e do *coping* com este. Esta teoria baseava-se na teoria de Lazarus que pesquisou acerca da forma como as pessoas se comportam e lidam com as situações de stress (*Coping*).

A Teoria da Motivação Protectora sugere que nós nos protegemos com base em quatro factores: 1) a percepção da severidade de um acontecimento ameaçador; 2) a probabilidade percebida da ocorrência ou vulnerabilidade; 3) a eficácia do comportamento preventivo recomendado; 4) a percepção de auto-eficácia.

Esta teoria explica porque é que as pessoas se envolvem em práticas não saudáveis e oferece sugestões para alterar esses comportamentos.

1.4. Teoria da Acção Racional

A Teoria da Acção Racional (Fishbein e Ajzen, 1975) baseia-se no pressuposto de que a maioria dos comportamentos humanos estão sob controlo voluntário e são bastante influenciados por uma intenção comportamental. Esta intenção é determinada tanto pela atitude individual em relação ao comportamento, como pelas normas subjectivas, isto é, pela percepção do grau de importância que outros significativos atribuem ao desempenho do

comportamento em causa, e ainda pela percepção do controlo sobre esse comportamento. A componente da atitude resulta, por um lado, da crença em que o comportamento terá consequências vantajosas e, por outro, da avaliação individual dessas consequências. Esta teoria considera que tanto as atitudes individuais face a determinado comportamento como a influência social quanto ao mesmo são preditores importantes da formação da intenção comportamental. Contudo os seus autores salientam que a contribuição relativa destas duas componentes, a atitude e a influência social, depende do comportamento em questão (Andrade, 2000).

1.5. Teoria da Auto-Determinação

A teoria da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985, 2002) tenta explicar a razão pela qual os indivíduos apesar de terem capacidade para agir optarem por não o fazer. Os autores sublinham, que o excesso de incentivo extrínseco pode comprometer a motivação autónoma, uma vez que a motivação humana é mantida por níveis óptimos de estimulação e pela necessidade de competência. Esta última característica associada à auto-determinação e confiança, são as responsáveis pela procura e manutenção de actividades que interessam particularmente ao sujeito. Existe assim, uma relação positiva entre a percepção de competência e a motivação autónoma e uma relação negativa entre esta medida e a motivação controlada (Deci & Ryan, 2000). A investigação demonstra, que a motivação autónoma está interligada com uma maior predisposição para comportamentos de saúde (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo & Reid, 2004, cit in Mestre & Ribeiro, 2010) e que isto pode ser facilitado pelo apoio dos técnicos de saúde ao longo do tratamento (Ryan, 2008, cit in Mestre & Ribeiro, 2010).

A obesidade está associada ao desenvolvimento de outras doença, que normalmente têm impacto na saúde do sujeito, quer a nível físico, quer a nível mental. Apesar de saúde e doença formarem entidades diferentes (Ribeiro, 2005), é necessário entendê-las também como um processo dinâmico, pois só desta forma podemos entender a percepção do estado de saúde do sujeito. Vários estudos examinaram como a função física pode influenciar de forma directa a saúde mental (e.g., Miquelon & Vallerand, 2008; Ryan & Deci, 2001). Ainda de acordo com a Teoria da Auto-Determinação, todos os sujeitos têm necessidades físicas e psicológicas, que têm que ser satisfeitas, e quando isto acontece ocorre um estado de bem-estar e de saúde (Ryan & Deci, 2000, cit in Mestre & Ribeiro, 2010).

1.6. Teoria do Comportamento Planeado

De acordo com Conner e Norman (1994), a Teoria do Comportamento Planeado postula que o determinante mais imediato do comportamento de uma pessoa é a intenção comportamental – o que a pessoa tenciona fazer (Couto, 1998).

O controlo comportamental percebido é, ele próprio, baseado numa avaliação do poder de factores prováveis para facilitar ou inibir a realização do comportamento, cada um influenciado pela sua frequência de ocorrência. Eles incluem factores de controlo interno e factores de controlo externo (Couto, 1998).

De acordo com a Teoria do Comportamento Planeado, é provável que os indivíduos tenham uma acção particular saudável se eles acreditarem que o comportamento pesa num resultado particular que eles avaliam e se sentirem que a acção é facilmente controlada pela sua vontade e tiver poucas barreiras e muitos factores facilitadores para a sua eficácia (Couto, 1998).

Em consonância com a Teoria da Acção Racional, a Teoria do Comportamento Planeado postula que a intenção de concretizar um comportamento é a sua principal determinante. A intenção resultaria da atitude em relação a esse comportamento, que se traduz pela avaliação pessoal, positiva ou negativa, das consequências desse comportamento e pela norma subjectiva relativamente ao mesmo (Andrade, 2000), uma vez que as intenções comportamentais têm-se correlacionado de forma significativa com o comportamento em diversos domínios (Andrade, 2000).

É importante realçar a importância destes modelos explicativos dos processos cognitivos que podem levar à prática de comportamentos saudáveis, no âmbito da educação para a saúde.

Os obesos são discriminados e sofrem frequentemente de falta de auto-estima e auto-confiança (Apfeldorfer, 1995 & Blundell, 1987, cit in Pereira, 2004; Morais, 2010). Desta forma, como mostra a literatura, a obesidade está relacionada com factores psicológicos, como o auto-controlo, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes (Vasconcelos & Neto, 2008; Caetano et al., 2005).

A nível psicológico, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso poderá provocar uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito, no obeso, diminuindo a sua auto-estima. Em consequência disto, poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos, uma diminuição da sensação de bem-estar e um aumento da sensação de inadequação social, com uma consequente deterioração da performance relacional.

A auto-avaliação faz parte do processo adaptativo das pessoas. A auto-avaliação é um fenómeno pessoal que ajuda o indivíduo a dirigir o seu comportamento. As pessoas carregam consigo um auto-conceito positivo ou negativo e actuam em função dele. O que a pessoa pensa sobre si mesma, diz muito sobre a satisfação que extrai da sua vida e das actividades que realiza, sendo um factor de risco ou de suporte para a sua saúde mental (Bandura, 1986 cit in Caetano et al., 2005).

O auto-conceito define-se como a percepção que o indivíduo tem de si próprio (Morais, 2010). Assim, o auto-conceito é uma medida que avalia um traço de personalidade e, como tal, é um fenómeno íntimo e pessoal. Define-se, em termos gerais, pela percepção que o indivíduo tem de si próprio e caracteriza-se, mais especificamente, pela compreensão das próprias atitudes, sentimentos e pelo auto-conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social (Serra, 1986; Faria, 2005). Relaciona-se com o funcionamento geral do indivíduo e resulta das avaliações dos que o rodeiam, das comparações pessoais com grupos de referência e com a observação e atribuições do próprio comportamento (Serra, 1986).

Mais de 80% dos indivíduos obesos afirmam que se sentem pouco atraentes fisicamente, acreditam que os outros fazem comentários depreciativos acerca do seu peso, não gostam de ser vistos em público e referem que, em algum momento, já sentiram discriminação na candidatura a um emprego (Morais, 2010). A um nível mais pessoal, referem escassez ou mesmo ausência de contacto social. Entre os indivíduos obesos, naqueles que procuram tratamento, tem sido observada uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas. Comparativamente aos indivíduos de peso normal, parecem ter um maior historial de perturbações de humor, ansiedade, fobia social, maiores índices de depressão e de baixa auto-estima e ainda uma imagem corporal negativa (Morais, 2010).

Se, por um lado, o auto-conceito, como traço de personalidade influenciado pelas relações interpessoais que o indivíduo estabelece e o modo como se relaciona com os outros, é considerado uma dimensão estável, por outro, também se pode modificar ao longo da vida devido às diversas experiências relacionais e aos contextos sociais em que vive (Morais, 2010).

2. Modelos Biológicos

De acordo com este modelo as perturbações de comportamento alimentar reflectem um desvio no apetite e no controlo, que é verificável na ingestão, na motivação para comer, na composição nutricional da comida, em aspectos fisiológicos periféricos, e em processos neuroquímicos centrais (Blundell e Hill, 1993).

2.1. Modelo Aditivo

Segundo o modelo aditivo a ingestão compulsiva tem várias semelhanças com as dependências, sendo a comida uma substância de abuso para estes indivíduos. Em ambos os casos existem registos de desejo, falta de controlo, mau auto-conceito, negação e segredo, repetidas tentativas para parar, preocupação com a substância, e uso desta como meio de controlar a ansiedade e as emoções, (Wilson, 1991; Woods & Brief, 1988; cit in Polivy & Herman, 1993). No entanto, Wilson (1993) afirma que estas semelhanças são apenas superficiais, pois, segundo ele, os bulímicos não preenchem os critérios de tolerância, dependência física, e perda de controlo de uma perturbação aditiva.

2.2. Modelo das Perturbações Afectivas

Este modelo baseia-se na relação evidente entre as perturbações do comportamento alimentar e as perturbações afectivas. Neste momento existem quatro hipóteses sobre esta relação, não havendo por enquanto resultados que possibilitem dizer qual delas é a mais correcta. A primeira hipótese diz que os factores que estão na origem da depressão, também estão na base das perturbações de comportamento alimentar, a segunda diz que a depressão é causada pela doença de comportamento alimentar, e a terceira diz que são as alterações provocadas pela fome e/ou perda de peso que estão na origem da depressão (Polivy & Herman, 1993).

A quarta hipótese, apresenta uma relação diferente. A ingestão compulsiva é vista como forma de regular os afectos negativos que mantêm a própria ingestão. Assim, os bingers serão pessoas que aprenderam a usar a comida como meio de controlar a sua disforia (Polivy & Herman, 1993).

3. Modelos Comportamentais

3.1. Modelo de Aprendizagem/Condicionamento

Neste modelo, a ingestão compulsiva resulta de maus hábitos de ingestão e de uma baixa auto-estima. Isto porque, a restrição dos hábitos alimentares normais origina desejos, que começam por ser contidos com uma pequena quantidade (normalmente um produto proibido), mas que devido à sensação de perda de controlo, vai aumentando, causando uma maior culpabilidade e ansiedade, o que aumenta a motivação para restringir, recuperar o controlo (Polivy & Herman, 1993).

3.2. Modelo em Espiral

A dieta aparece como causa central em muito modelos, mas Heatherton & Polivy (1992; cit in Polivy & Herman, 1993) referem-se a um modelo em espiral dos efeitos da dieta na compulsão. Segundo eles, os indivíduos com altas expectativas quanto ao peso e aparência física tendem a fazer dieta, infelizmente nem sempre são bem sucedidos, pois a dieta promove episódios de ingestão excessiva, acontecendo por vezes, que o peso não diminui, mantém-se estável ou aumenta. Estas tentativas falhadas levam à redução da auto-estima, e ao aumento dos afectos negativos e susceptibilidade quanto à dieta e suas quebras. Esta espiral negativa promove ainda a ingestão compulsiva crónica quando existem problemáticas de personalidade.

4. Modelos Biopsicossociais

Dos modelos apresentados, os biopsicossociais parecem ser os mais promissores, até porque integram os modelos de aprendizagem/condicionamento, perturbações afectivas e dieta (Tobin, 1991; citado por Polivy e Herman, 1993).

O modelo de Garner et al. (1985; citado por Polivy e Herman, 1993) centra-se no conflito entre a pressão social para ser magra e a pressão física para manter um peso médio, sendo o comportamento purgativo (vómito) o que permite lidar com as duas situações. Johnson e Connors (1987; citado por Polivy e Herman, 1993) apresentam outro modelo explicativo, onde a predisposição genética para as perturbações afectivas combinadas com factores familiares e pressões sociais, levam à instabilidade afectiva, à baixa da auto-estima e à dieta, o que por sua vez origina falhas que desencadeiam a ingestão compulsiva. Hsu (1990;

citado por Polivy e Herman, 1993) diz que é a dieta que promove a entrada nas perturbações de ingestão compulsiva, mas no seu modelo podemos encontrar também a ansiedade da adolescência, influências genéticas, variáveis de personalidade e influências familiares. Outro modelo é o apresentado por Schlundt e Johnson (1990; citado por Polivy e Herman, 1993), segundo eles os factores sociais (deixas situacionais, relações sociais), comportamentais (hábitos de ingestão e dieta), cognitivos (conhecimentos sobre comida e dietas, expectativas e imagem corporal), emocionais (disposição, psicopatologias) e fisiológicos (níveis de nutrientes no sangue, fome, hormonas, neuroquímicos) são ao mesmo tempo antecedentes da ingestão compulsiva e consequências dela.

Uma das falhas apontadas a estes modelos explicativos, é que são mais voltados para a bulimia nervosa do que para a ingestão compulsiva, integrando a restrição e os comportamentos compensatórios (Polivy e Herman, 1993).

5. Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) – o Evitamento Experiencial como novo paradigma

A Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999) é baseada no modelo de Evitamento Experiencial que sugere que muitas formas de perturbações do comportamento estão relacionadas com tentativas de evitar ou fugir de experiências internas negativas. A ACT enfatiza a aceitação de pensamentos e sentimentos, sem julgamentos e associa processos de aceitação e atenção a processos de compromisso e mudança de comportamento para originar a flexibilidade psicológica (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008), assim o seu objectivo é reduzir o evitamento experiencial. Esta terapia apresenta-se como um desenvolvimento da terapia Cognitivo-comportamental (Higuera, 2006), resultante da aplicação prática da Teoria do Quadro Relacional (TRF), (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), um pressuposto da linguagem e cognição preciso empiricamente sólido, além da sua extensão à psicopatologia (Higuera, 2006). Ou seja, a característica mais dominante da linguagem e cognição humanas compreende operantes aplicáveis de forma pedagógica, relacional e arbitrária, que em contrapartida promovem impacto em outros processos comportamentais (Hayes et al., 2001).

O movimento da terapia comportamental conheceu três ondas. Na primeira, o modelo clássico pautado pela teoria pavloviana em que as técnicas de exposição dominavam o tratamento. A segunda onda caracterizou-se pelo modelo cognitivo racionalista, com base nos

processos psicológicos mediados por sistemas de crenças subjacentes. São as terapias cognitivo-comportamentais. A terceira onda prima pela procura de epistemologias alheias, como o construtivismo cognitivo, releituras contextualistas do behaviorismo radical, ou vários novos modelos cognitivos mais interactivos e menos lineares. É pautada numa visão contextual de eventos privados e relações interpessoais (Hayes, 2004), diferente das tentativas directas de modificar pensamentos ou sentimentos, como foi prática das duas gerações anteriores. Um princípio central nas terapias de terceira geração é que os pensamentos não devem controlar directamente a acção. A pessoa deve agir de acordo com os seus valores.

Recentemente, Hayes (2004) diferenciou três gerações de terapias. A primeira geração refere-se à terapia comportamental clássica apoiada na mudança directa dos comportamentos mediante a manipulação de contingências. Apesar dos avanços e sucessos alcançados, esta terapia não se revelou eficaz no tratamento de algumas patologias do adulto. Por isso se verificou a necessidade de se centrar na dimensão cognitiva e formalizaram-se as aproximações clínicas que conhecemos como terapias cognitivo-comportamentais. Estas são as terapias de segunda geração, que assumiram as técnicas centradas na modificação de contingências mas agora tendo em conta o papel primordial dos eventos cognitivos como eixo causal do comportamento. As terapias de segunda geração são, então, dirigidas para a modificação dos eventos cognitivos como meio para alterar as acções das pessoas com perturbação psicológica (Hernández-Ardieta & Porres, 2007).

A emergência das terapias de terceira geração (Hayes, 2004) ocorreu por numerosas razões: o desconhecimento acerca do sucesso ou fracasso da terapia cognitiva; a existência de concepções funcionais do comportamento humano (Hernández-Ardieta & Porres, 2007).

A terceira geração de terapias representa, assim, um salto qualitativo, um a vez que as técnicas que englobam estão orientadas não para o evitamento ou redução dos sintomas, mas para que a pessoa actue com a responsabilidade da eleição pessoal e com a aceitação dos eventos privados.

As terapias Cognitivo-comportamentais de 3ª geração focam a diferença entre a forma e a função das experiências internas. Isto significa que mais que tentar alterar o conteúdo, frequência e/ou a forma das experiências internas, estas terapias baseiam-se na alteração do contexto e da função do fenómeno interno (Costa & Gouveia, 2010). Assim, o foco destas abordagens é a mudança de função do acontecimento psicológico e da relação do indivíduo com esse acontecimento, mais do que a mudança do acontecimento directamente (Costa & Gouveia, 2010).

A linguagem também possui efeitos adicionais contraproducentes. Os indivíduos perdem o contacto com o presente ao reportarem mais a um passado e a um futuro conceptualizados. Assim, os sujeitos tornam-se reféns das suas próprias histórias e do seu *eu-conceptual*, de forma que tal facto se torna mais relevante na auto-descrição verbal (e.g. ser vítima) do que no empenho em formas mais eficazes de comportamento. A inflexibilidade psicológica é resultante deste processo, uma vez que qualidades desejadas (valores) e acções de compromisso para tais são omitidas por objectivos mais imediatos de bem-estar ou defesa do *eu-conceptual*.

Existem seis processos centrais de intervenção na ACT, sendo que a combinação deste pretende alcançar a flexibilidade psicológica, ou seja, a habilidade de um ser humano consciente em experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos e em alterar o seu comportamento em prol de valores escolhidos.

O objectivo é que os pacientes experienciem o mundo mais directamente para que o seu comportamento se torne mais flexível e as suas acções mais consistentes com os seus valores. Isto é alcançado ao se permitir que a dinâmica da terapia exerça um maior controlo sobre o comportamento e ao usar a linguagem mais como uma ferramenta para a descrição de eventos do que como instrumento para a previsão e julgamento destes.

Em suma, a ideia é que o “eu” emerge de um conjunto de vários exemplos de relações de perspectivas.

Os valores são qualidades escolhidas com o propósito de que nunca possam existir como objecto, mas sim como exemplos a serem alcançados passo a passo. A ACT socorre-se de uma variedade de exercícios que auxiliam o paciente a escolher direcções de vida em vários domínios ao reduzir processos de verbalização que possam levar a escolhas baseadas no evitamento, na convivência social ou na fusão. Na ACT, a aceitação, a Desfusão e o estar presente não possuem um fim em si, mas configuram-se como meios mais eficazes para uma vida de valores mais consistentes e cruciais.

Finalmente, a ACT estimula o desenvolvimento de padrões mais abrangentes de acção efectiva ligados aos valores escolhidos. Nesta questão, a terapia assemelha-se em muito à terapia comportamental tradicional, e quase todo o método de mudança de comportamento coerente pode ser adaptado ao protocolo da ACT, incluindo a exposição, aquisição de habilidades, métodos de formação, estabelecimento de objectivos, etc.

Apesar de apenas agora de estar a tornar amplamente conhecida e aplicada, a ACT não é uma nova ou recente tecnologia uma vez que se vem desenvolvendo acerca de 25 anos. O

primeiro artigo foi publicado há aproximadamente 25 anos (Hayes, 1984, cit in Wilson & Soriano, 2011).

Ao demonstrar os processos e princípios, a ACT demonstrou ser uma das formas de tratamento mais flexível (Hayes in Wilson & Soriano, 2011), uma vez que a ACT estimula o desenvolvimento de padrões mais abrangentes de acção efectiva ligado aos valores escolhidos.

5.1. Definição de Evitamento Experiencial

O sofrimento psicológico é parte inseparável da vida humana, tanto que esta inclui circunstâncias e comunidades que comportam contextos verbais através dos quais as pessoas racionalizam verbalmente numerosos eventos, incluindo a sua própria conduta (Wilson & Soriano, 2011). Neste aspecto, em muito se assemelha à terapia comportamental tradicional, e quase todo o método de mudança de comportamento coerente pode ser adaptado ao protocolo da ACT, incluindo a exposição, aquisição de habilidades, métodos de formação, estabelecimento de objectivos, etc.

A ACT afirma que nos pensamentos, sentimentos, emoções e sensações incluindo a ansiedade, o controlo é o problema e não a solução (Higuera, 2006). A tentativa de supressão dos nossos pensamentos, sentimentos, emoções e sensações leva-nos a aumentar a sua frequência (Weger, 1994; Wenzlaff & Wegner, 2000).

Uma pessoa que viva num padrão recorrente de evitamento está imersa num círculo vicioso no qual, na presença de algum mau estar ou angústia ou qualquer situação aversiva, se produz a necessidade de bloquear tal função, para a qual fará o que considera correcto de acordo com a sua história pessoal (Wilson & Soriano, 2011).

A primeira característica do Evitamento Experiencial é a sua natureza verbal. Ou seja, o Evitamento Experiencial está presente quando uma pessoa não está disposta a estabelecer contacto com as suas experiencias privadas que foram vividas de forma aversiva e se comporta deliberadamente para alterar tanto a forma ou frequência dessas experiencias como também as condições que as originam (Wilson & Soriano, 2011). Assim, frequentemente este padrão de comportamento mostra-se aparentemente viável a curto prazo, uma vez que este alivia a experiencia negativa. No entanto, ao acontecer de uma forma crónica e generalizada, leva a produzir uma limitação na vida da pessoa (Wilson & Soriano, 2011).

As consequências imediatas que se seguem ao evitamento ajustam-se, em parte, ao objectivo perseguido pela pessoa (a redução ou evitamento de algo aversivo), mas limitam a

vida da pessoa fazendo com que esta não chegue realmente a sentir-se bem (Wilson & Soriano, 2011).

A segunda característica do Evitamento Experiencial prende-se com o facto de se tratar de uma classe funcional limitante. Ou seja, a pessoa em evitamento aprendeu a responder a eventos privados vividos de forma aversiva. Assim, o aspecto chave consiste em que em todos os episódios o sujeito controle os eventos privados (Wilson & Soriano, 2011).

A natureza paradoxal do evitamento experiencial radica no facto da pessoa que o sofre estar implicada em fazer o que entende que deve fazer para eliminar o sofrimento (aplicando tempo e esforço em tal objectivo). Sem dúvida, o que obterá é aquilo que o faz sofrer está cada vez mais presente e a sua vida cada vez mais fechada (Wilson & Soriano, 2011).

Então, a pessoa em evitamento vive numa atmosfera de fuga que altera a função de qualquer outro evento presente querendo fazer o correcto e não conseguindo o efeito desejado (Wilson & Soriano, 2011). Esta forma cíclica de actuar que supõe esforço que são entendidos como a forma correcta de solucionar o problema “*é precisamente o componente essencial da perturbação em vez da sua solução*” (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999).

5.2. Evitamento Experiencial e Intervenção Psicológica

Sendo a obesidade uma condição médica crónica e de etiologia multifactorial, o seu tratamento deve envolver várias abordagens (Fandiño et al., 2004).

Os benefícios conseguidos através da perda intencional de peso, mantida a longo prazo por um obeso, podem manifestar-se na saúde em geral, na melhoria da qualidade de vida, na redução da mortalidade e na melhoria das doenças crónicas associadas (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

O técnico de saúde que trata o doente obeso deve facultar-lhe informações nutricionais pois, independentemente do tipo de dieta que está a seguir, há sempre alimentos que devem ser evitados e alimentos cuja quantidade ingerida deve ser aumentada (Pereira, 2004).

Alguns autores defendem que a criação de objectivos é fundamental para o tratamento de perda de peso (Wardle & Rapoport, 1998, cit in Pereira, 2004). As modalidades de tratamento da obesidade devem conduzir à procura de autonomia (Pereira, 2004).

O apoio social é uma peça fundamental no tratamento da obesidade. O doente não pode ver-se sozinho na tentativa de perder peso (Perpiña & Baños, 1989, cit in Pereira, 2004). Muitos obesos sofrem de uma perturbação da imagem corporal, fazendo um evitamento fóbico do corpo, esquecendo cuidados com o seu corpo e desvalorizando-se permanentemente

(Apfeldorfer, 1997; Wardle & Rapoport, 1998, cit in Pereira, 2004). Uma pobre imagem corporal resulta numa pobre auto-estima e numa auto-eficácia negativa (Pereira, 2004).

As perturbações alimentares são multidimensionais e resultam da interacção de diversos factores, tais como biológicos, culturais bem como das próprias experiências pessoais. Assim, a TCC ocupa-se da identificação e correcção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos (Duchesne & Almeida, 2002). Para tal, a TCC parte do pressuposto que o sistema de crenças de um indivíduo exerce um importante papel no desenvolvimento dos seus comportamentos e sentimentos. Desta forma, os pacientes com perturbação alimentar apresentam crenças distorcidas e disfuncionais acerca do peso, forma corporal, alimentação e valor pessoal que são significativas para a manutenção da perturbação (Duchesne & Almeida, 2002).

Para modificar o sistema de crenças do sujeito, a TCC recorre a diversas técnicas. Uma delas consiste em ensinar o paciente a identificar pensamentos que possam conter alguma distorção. Em seguida o utente é incentivado a analisar todas as evidências disponíveis que possam confirmar ou refutar esses pensamentos, tornando-os mais funcionais (Duchesne & Almeida, 2002).

A abordagem da auto-estima permite desenvolver padrões realistas de auto-avaliação, incentivando os pacientes a focalizar-se nos seus sucessos e qualidades (Duchesne & Almeida, 2002).

É frequente, nos doentes obesos, a dificuldade em expressar os seus pensamentos e sentimentos, bem como alguns deficits relacionais e interpessoais. Assim, tal como referem diversos autores (e.g., Garner & Bemis, 1985), o desenvolvimento de habilidades sociais pode favorecer a modificação do comportamento no que concerne às relações interpessoais e sociais, desenvolvendo no sujeito crenças de auto-eficácia e um aumento da auto-estima.

A falta de auto-controlo contribui muitas vezes para o insucesso do tratamento da obesidade. Consideramos que o doente consegue aumentar o controlo do seu comportamento alimentar se tiver maior consciência da quantidade de alimentos que ingere e das situações que o levam a comer mais. Ao monitorizarem o seu comportamento, os doentes envolvem-se num processo de auto-avaliação (Apfeldorfer, 1997, cit in Pereira, 2004).

A TCC permite também ensinar ao paciente técnicas de auto-controlo permitindo assim a redução da ansiedade, tristeza e de outros sentimentos relacionados com o comportamento alimentar (Duchesne & Almeida, 2002), o que permite a inibição do impulso para comer para colmatar essas sensações. A utilização da TCC associada à prescrição de

dietas hipocalóricas e à prática de actividade física tem sido apontada como uma das melhores formas de controlo de peso (Petla et al., 2007).

Em suma, os objectivos terapêuticos da TCC incluem o desenvolvimento de estratégias para o controlo de episódios de compulsão alimentar, modificação de hábitos alimentares e o desenvolvimento de estratégias para a adesão ao exercício físico de forma a possibilitar uma redução gradual do peso.

Por outro lado, nas terapias baseadas no Atenção Plena, os utentes são encorajados a observar, aceitar e experimentar emoções sem tentar modificá-las. As estratégias de Atenção Plena, ao fazerem os sujeitos experienciar as suas emoções sem tentar modificá-las, leva-os a entender que as emoções são passageiras e que nem sempre é necessária uma acção logo a seguir a uma emoção. Ou seja, não é necessário responder-lhes imediatamente o que permite tomar decisões mais adaptativas (Baer, Fischer & Huss, 2006).

Também a ACT socorre-se de uma grande variedade de exercícios que auxiliam o paciente a escolher direcções de vida em vários domínios ao reduzir processos de verbalização que possam levar a escolhas baseadas no evitamento, na convivência social ou na fusão (Hayes et al., 2008).

5.3. Definição do conceito de Atenção Plena

A Atenção Plena é habitualmente concebida como a consciência do conhecimento que emerge ao prestar atenção com propósito, no momento presente, momento a momento, e sem realizar qualquer juízo valorativo sobre a própria experiência. Sendo um conceito relativamente desconhecido na cultura ocidental, nos últimos anos os seus benefícios têm gerado uma crescente curiosidade na comunidade científica e têm dado origem a muitos estudos empíricos (Baer, 2003). Nas últimas décadas instalou-se a terceira vaga da Terapia Comportamental e surgiram novos modelos de tratamento e de intervenção psicológica que colocam a ênfase na função das cognições, emoções e sensações físicas problemáticas, ao invés de no conteúdo, forma ou frequência dos mesmos; adoptando estratégias de mudanças mais experienciais. As intervenções baseadas no treino de aptidões de Atenção Plena têm vindo a tornar-se surpreendentemente populares e aplicam-se a um vasto conjunto de populações, desde perturbações mentais ou problemas médicos, a pessoas que procuram a redução do stresse e a promoção do bem-estar. Actualmente existem programas de intervenção baseados no Atenção Plena a serem implementados em hospitais, clínicas, escolas, empresas, prisões, centros comunitários, entre outros, no mundo inteiro.

A eficácia das intervenções com base na Atenção Plena, ou seja, aquelas que encorajam a aceitação da experiência sem julgamentos, está a crescer a nível de suporte empírico (Baer, 2003). Pensa-se que a prática de Atenção Plena, ou seja, Consciência Plena, resulte num aumento de auto-conhecimento e aceitação, o que reduz a reactividade a pensamentos e emoções melhorando a capacidade de fazer escolhas adaptativas mediante experiências aversivas (Baer, Fischer & Huss, 2006).

Em suma, a Atenção Plena é a concentração no momento actual, de forma intencional e sem julgamentos. Concentrar-se no momento actual significa estar em contacto com o presente e não estar envolvido com lembranças ou pensamentos sobre o futuro. Então, para se estar concentrado no momento presente, os conteúdos dos pensamentos e dos sentimentos são vividos tal como se apresentam. Não são categorizados como positivos ou negativos.

Os componentes centrais da Atenção Plena, são assim: (1) Observar: estar atento a eventos, a emoções e a diversos aspectos do próprio comportamento. Esta habilidade pretende que o sujeito aprenda a detectar e reconhecer estes eventos e a não usar estratégias de fuga ou controlo de emoções. O sujeito deve observar os conteúdos como sendo distintos de si mesmo (Desfusão). Com isto, sentimentos e pensamentos aversivos deixam de ser ameaçadores. (2) Descrever: refere-se ao relato verbal dos eventos e das próprias reações a eles. Aqui escolha de uma linguagem que seja realmente descritiva, e não avaliativa ou explicativa, é muito importante. (3) Participar plenamente sem promover actividades paralelas como racionalizar ou justificar. As qualidades que definem estas habilidades são: (1) Não julgar: não avaliar ou categorizar; (2) Estar atento, de forma integral, a uma só coisa de cada vez; (3) Agir de forma efectiva, em total acordo com os seus valores e objectivos de vida (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 2006).

5.4. Estudos de Validade empírica da ACT no domínio físico e mental

Há um crescente significativo corpo de evidências acerca da eficácia da ACT num amplo espectro de patologias (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerro, 2004).

Os problemas nos quais se tem aplicado a ACT variam amplamente, por exemplo, perturbações psicóticas (García & Pérez, 2001); stress laboral (Bond & Bunce, 2000); ansiedade (Hayes, 1987; Luciano & Gutiérrez, 2001; Block, 2002; Hayes et al., 2008); depressão (Zettle & Hayes, 1986); dor (Korn, 1997; Luciano, Gutiérrez & Montesinos, 2001); perturbações alimentares (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, no prelo); problemas com

álcool e drogas (Luciano, Gómez, Hernández & Cabello, 2001); suicídio (Hayes et al., 2008) e gestão de problemas médicos e familiares (Biglan, Lewin & Hops, 1990; Montesinos, Hernández & Luciano, 2001), entre muitos outros. Assim, tem-se demonstrado que a ACT é transversal às diferentes culturas e não só aos contextos, uma vez que a investigação sobre a ACT se tem desenvolvido em distintos países (Hayes, cit in Wilson & Soriano, 2011).

A ACT já demonstrou ser capaz de tratar de uma larga variedade de desordens e problemas tais como a dependência de ópio (Hayes et al 2004), tabagismo (Gifford et al., 2004), perturbação obsessivo-compulsiva (Twohig, Masuda & Hayes, 2006) e psicoses (Bach & Hayes, 2002).

O primeiro estudo na depressão já realizado com a ACT foi um pequeno teste randomizado comparando-a com tratamentos cognitivos convencionais para a depressão (Zettle & Hayes, 1986). O mesmo terapeuta (instruído por Aaron Beck e Steven Hayes) assistiu aos pacientes em ambas as condições. Os resultados mostraram que a ACT foi mais efectiva que a terapia cognitiva e seus resultados. Os pacientes tratados pela ACT demonstraram uma redução mais rápida na crença em pensamentos depressivos do que os abordados por terapias convencionais. Análises subsequentes (Hayes et al., 2006) mostraram ser esses processos decisivos no resultado da terapia (Hayes et al., 2008).

No que concerne ao stress e síndrome de *burnout*, Bond & Bunce (2000) aplicaram a ACT num estudo sobre a redução do stress no contexto de trabalho. Eles compararam a ACT, a inovação promocional como redutor de stress e uma lista de espera e concluíram que a primeira produziu mais resultados que os outros dois na redução do stress e ansiedade, e foi igualmente eficiente quando comparado com a inovação promocional como mudança de fontes de stress no trabalho. Para medir o evitamento da experiencia e a flexibilidade psicológica, foi utilizado o Questionário de Acção e Aceitação (Hayes, Strosahl et al., 2004).

Também nas psicoses foram realizados estudos para comprovar a efectividade da ACT, verificando-se que até mesmo as mais limitadas intervenções da ACT aparentemente possuem um impacto significativo em sintomas psicóticos. Bach & Hayes (2002) concluíram num teste randomizado e controlado que, quando comparada com tratamentos usuais, uma intervenção de três horas de terapia em pacientes com alucinações reduziram a possibilidade em 50% de estes serem novamente hospitalizados por um período de quatro meses de follow-up. Este processo de mudança encaixa-se no modelo e é pouco esperado fora dele. Assim, a admissão de sintomas na ACT foi positivamente relacionado com as melhoras apenas se a crença nestes sintomas fosse diminuída (Hayes et al., 2008).

No que se refere à Ansiedade, os resultados são positivos. Twohig, Hayes & Masuda (2006) detectaram em pacientes com perturbação obsessivo-compulsiva uma larga redução de tal comportamento através de uma linha de base múltipla que testou o protocolo da ACT em oito sessões sem exposição em cada sessão. Num pequeno teste randomizado e controlado, Zettle (2003) averiguou que a ACT é tão positiva quanto a dessensibilização sistemática para a redução da ansiedade matemática, mas opera segundo um processo distinto. Entretanto, a dessensibilização sistemática foi mais eficiente na redução da ansiedade-traço (Hayes et al., 2008).

Uma das áreas mais proeminentes nos resultados da ACT é a da Dor. Dahl, Wilson & Nilson (2004) constataram num teste randomizado e controlado que a administração da terapia por um período de quatro horas reduziu até 91% o afastamento do trabalho devido às dores por um período de seis meses, quando comparado com o tratamento usual com pacientes vítimas de dor crónica com iminência de deficiência permanente. Num teste aberto com 180 pacientes com dor crónica e com um longo historial de tratamentos, McCracken, Vowles & Eccleston (2005) verificaram que um programa de tratamento residencial com a ACT de 3 a 4 semanas resultou numa melhoria de 34 %, em comparação com o índice de 3% nos quatro meses anteriores. 81% dos ganhos com a terapia foram mantidos nos 3 meses de follow-up. Mudanças na aceitação de questões relacionadas com a dor e flexibilidade psicológica implicaram uma melhoria nos quadros de depressão, ansiedade, incapacidade física, debilidade psicossocial e na habilidade de manter-se de pé. Resultados positivos também puderam ser averiguados em caminhadas, na diminuição de consultas médicas, nos descansos diários, na intensidade da dor e na sua medicação. Um segundo maior teste aberto (N=252) apresentou resultados similares e ainda mais evidências de que os processos da ACT foram responsáveis pelas mudanças (Vowles, McCracken & Eccleston, no prelo, cit in Hayes et al., 2008).

No que respeita ao abuso de substâncias, um abrangente e controlado estudo (N=114) conduzido com indivíduos viciados em opiáceos e tratados com metadona (Hayes et al., 2004) incluiu a opção dos participantes manterem os analgésicos (N=38), de serem tratados pela ACT (N=42) ou pelos elementos dos “doze passos” (ITSF, N=44). Não houve mudanças imediatas no pós-tratamento. Entretanto no follow-up do sexto mês, os participantes que se submeteram à ACT apresentaram uma maior diminuição (medido pelas análises à urina) no uso dos opiáceos do que os que apenas mantiveram a metadona, sendo que a ITSF não apresentou resultado algum. Os grupos tratados pela ACT e ITSF já possuíam níveis mais baixos no uso de drogas do que o grupo tratado apenas com metadona. Num estudo em que se

comparou a ACT com a Terapia de substituição da Nicotina como método de cessação tabágica, Guifford e colaboradores (2004), verificaram que os índices de abandono do tabaco, fisiologicamente monitorizados, eram similares no pós-tratamento, mas significativamente distintos num follow-up de um ano. O grupo abordado pela ACT manteve o seu índice de 35% enquanto o índice do grupo de terapia de substituição de Nicotina caiu para menos de 10%. Análises mediacionais mostraram que a ACT opera através de mudanças na aceitação e na flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2008).

A maioria dos estudos sobre os elementos específicos da ACT examinou o seu impacto em eventos aversivos, incluindo a dor, a ansiedade, o desejo por certos alimentos e os pensamentos negativos (Hayes et al., 2008).

5.5. Indicações de Intervenção: Reestruturação Cognitiva; Desfusão e Aceitação

São seis os processos de intervenção centrais na ACT, sendo que a combinação destes visa a flexibilidade psicológica, ou seja, a habilidade do ser humano experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos, bem como a capacidade de persistir e alterar o seu comportamento em prol de valores escolhidos (Hayes, et al., 2008).

Em termos gerais, a Fusão Cognitiva refere-se à predominância da regulação verbal do comportamento sobre todos os outros processos comportamentais (Hayes et al., 1999). Em alguns eventos não-nocivos ou até mesmo úteis, este processo é geralmente demasiado extenso, de modo que o comportamento humano passa a ser guiado por redes verbais relativamente inflexíveis em detrimento das contingências do meio, mesmo quando esta causa danos.

Uma vez que o comportamento se torna dominado pela Fusão Cognitiva, pensamentos negativos (e.g. “estou mal”) são tratados como referencia, ou seja, um objecto mau ou perigoso. Emoções assim são rotuladas e avaliadas, sendo que os indivíduos tendem a direccionar o foco no controlo emocional e em situações cognitivas como sendo objectivos primários e mensuradores de êxito na vida pessoal. A fuga da experiência atesta a tentativa de alterar a forma, frequência ou sensibilidade situacional de eventos íntimos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Assim como a Fusão Cognitiva, tais experiências não são necessariamente prejudiciais em si, mas são extremamente estendidas a outras situações ao ponto de causarem prejuízos ao comportamento. Devido às relações temporais e comparativas presentes na linguagem humana, as ditas emoções negativas são verbalmente previstas, avaliadas e evitadas. O evitamento experiencial é baseado neste processo natural da

linguagem, ou seja, num modelo que é culturalmente amplo com o foco no “sentir-se bem” e em evitar a dor. Infelizmente, tentativas de evitar situações pessoais desconfortáveis tendem a aumentar a sua importância funcional e, às vezes, o seu impacto e frequência. Elas tornam-se mais proeminentes como objecto de controlo, sendo verbalmente ligadas a resultados conceptualmente negativos e assim evocando pensamentos negativos e disfuncionais.

Em termos gerais, a Fusão Cognitiva refere-se à predominância da regulação verbal do comportamento sobre todos os outros processos comportamentais (Hayes et al., 1999). Em alguns eventos não-nocivos ou até mesmo úteis, este processo é geralmente demasiado estendido, de modo que o comportamento humano passa a ser guiado por redes verbais relativamente inflexíveis em detrimento das contingências contadas do meio, mesmo quando aquela causa prejuízos (Hayes et al., 2008).

Uma vez que o comportamento se torna dominado pela Fusão Cognitiva, pensamentos negativos são tratados como um referente, ou seja, um objecto mau ou perigoso. Emoções assim são rotuladas e avaliadas, sendo que os indivíduos tendem a direccionar o foco no controlo emocional e em situações cognitivas como sendo objectivos primários e mensuradores de êxito na vida pessoal. A fuga da experiência atesta a tentativa de alterar a forma, frequência ou sensibilidade situacional de eventos íntimos (Hayes et al., 2008). Assim como a Fusão Cognitiva, tais experiências não são necessariamente prejudiciais em si, mas são extremamente estendidas a outras situações ao ponto de causarem prejuízos ao comportamento. Devido às relações temporais e comparativas presentes na linguagem humana, as ditas emoções negativas são verbalmente previstas, avaliadas e evitadas. A fuga de experiência é baseada neste processo natural da linguagem, ou seja, num modelo que é culturalmente ampliado com o foco em sentir-se bem e em evitar a dor. Infelizmente, tentativas de se evitar situações pessoais desconfortáveis tendem a aumentar a sua importância funcional e, as vezes, sua magnitude e frequência. Elas se tornam mais salientes como objecto de controlo, sendo verbalmente ligadas a resultados conceptualmente negativos e assim evocando pensamentos e sentimentos negativos (Hayes, et al., 2008).

A linguagem também possui efeitos adicionais contraproducentes. Indivíduos perdem o contacto com o presente ao reportarem mais a um passado e a um futuro conceptualizados. Eles tornam-se reféns das suas próprias histórias e do seu *eu-conceptual*, de forma que tal facto se torna mais relevante na auto-descrição verbal do que no engajamento em formas mais eficazes de comportamento. A inflexibilidade psicológica é resultante deste processo, uma vez que qualidades desejadas (valores) e acções de compromisso para tais são preteridas por objectivos mais imediatos de bem-estar ou defesa do *eu-conceptual* (Hayes, et al., 2008).

A Desfusão Cognitiva e as técnicas de consciencialização têm o intuito de alterar as funções indesejáveis de pensamentos ou outros eventos íntimos, e não de cambiar a sua forma, frequência e sensibilidade situacional. Dito de outra forma, a ACT almeja mudar a maneira como o indivíduo interage e se relaciona com os pensamentos através da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas. Há registos de tais técnicas que foram desenvolvidas para uma vasta gama de apresentações clínicas (Hayes et al., 2008). A Desfusão Cognitiva e as técnicas de consciencialização têm o intuito de alterar as funções indesejáveis de pensamentos ou outros eventos íntimos, e não de mudar a sua forma, frequência e sensibilidade situacional. Dito de outra forma, a ACT pretende mudar a forma como o indivíduo interage e se relaciona com os pensamentos através da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas. Há registos de tais técnicas que foram desenvolvidas para uma vasta gama de apresentações clínicas (Hayes & Strosahl, 2005). Por exemplo, um pensamento negativo poderia ser observado sem nenhum envolvimento emocional, repetido em voz alta até que apenas reste o seu som, ou abordado como um evento externamente observado ao conferir-lhe forma, tamanho, cor, velocidade e formato. O resultado da Desfusão dá-se, geralmente, por uma queda na crença ou vínculo aos eventos íntimos, e não por uma mudança imediata na sua frequência (Hayes et al., 2008).

A Aceitação traduz uma disposição activa e consciente para experienciar acontecimentos internos indesejados, na busca dos seus próprios valores e objectivos (Costa & Gouveia, 2010). Assim, a aceitação implica o envolvimento activo e consciente dos eventos pessoais sem tentativas desnecessárias de mudar a sua frequência ou forma, uma vez que tal empreendimento causaria danos psicológicos. Por exemplo, pacientes com ansiedade são ensinados a senti-la na sua totalidade sem defesas. A Aceitação na ACT não possui um fim em si mesma, mas é incitada como método para aumentar as acções baseadas em valores.

A Aceitação implica no envolvimento activo e consciente dos eventos pessoais sem tentativas desnecessárias de mudar a sua frequência ou forma, uma vez que tal empreendimento causaria danos psicológicos. Por exemplo, pacientes com ansiedade são ensinados a senti-la na sua totalidade e sem defesas; pacientes com dor são instruídos com métodos que os estimulem a desistir de lutar contra ela, e assim por diante. A aceitação na ACT não possui um fim em si mesma, mas é incitada como método para aumentar as acções baseadas em valores (Hayes, et al., 2008).

Devido aos quadros relacionais (e.g., Eu vs Tu), a linguagem humana gera um conceito de si como um local ou perspectiva, conferindo uma faceta transcendental e espiritual aos seres humanos normais. Essa ideia foi uma das precursoras da ACT e da TRF

(Hayes et al., 2008), sendo que há agora crescentes evidências da sua importância para as funções da linguagem como a empatia, a teoria da mente, etc. (Hayes et al., 2008).

Em suma, os métodos da ACT parecem apresentar resultados mais abrangentes que se relacionam com o modelo da terapia (Hayes et al., 2008).

A importância da cognição no início e manutenção da perturbação alimentar leva-nos a colocar a hipótese de que as estratégias baseadas no Atenção Plena e na aceitação são muito úteis na compreensão destes sintomas. O objectivo do treino de Atenção Plena é cultivar a observação de diferentes situações de forma não crítica, sem julgamentos, bem como permitir a aceitação de sensações, cognições e emoções. A terapia com base no Atenção Plena não inclui, normalmente, a tradicional terapia cognitiva e suas estratégias com o objectivo de desafiar ou modificar o conteúdo dos pensamentos. Em vez disso, o treino de Atenção Plena encoraja uma visão descentrada/separada dos pensamentos, na qual os pensamentos são vistos como eventos flutuantes e passageiros. Esta visão descentrada, também conhecida como Desfusão na ACT, deve reduzir a crença nos pensamentos e promover a compreensão de que os pensamentos precisam de comportamentos específicos (Baer, Fischer & Huss, 2006).

Adoptar uma postura baseada no Atenção Plena permite uma melhor compreensão de que os pensamentos são passageiros e podem ser substituídos por outros, bem como que estes não têm obrigatoriamente que reflectir a realidade ou levar a um comportamento (Baer, Fischer & Huss, 2006).

Capítulo IV: Estudo Empírico - *Validação dos Conceitos de Atenção Plena e Evitamento Experiencial segundo a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) na Explicação do Comportamento Alimentar: Indicações para o Tratamento da Obesidade*

1. Problematização

No âmbito da consulta de Psicologia Clínica no Hospital Pedro Hispano, deparamo-nos com doentes que pretendem inscrever-se na cirurgia para controlo do peso os quais não manifestam uma suficiente motivação e/ou conhecimento para tal procedimento invasivo. Estes doentes apresentam, em geral, um longo historial de Obesidade e tentativas prévias de perda de peso, pelo que com este estudo pretendemos saber quais os factores psicológicos que estão na base da manutenção da perturbação.

Em suma, com este estudo pretende-se compreender os factores psicológicos que estão na base da manutenção da Obesidade, sabendo que a Compulsão Alimentar é bem estudada e conhecida como factor determinante. No entanto, em termos cognitivos e psicológicos, surgem algumas questões acerca dos factores preditores da Compulsão Alimentar e manutenção da Obesidade, pelo que pretendemos compreender se a Aceitação Plena e o Evitamento Experiencial, numa população de obesos, influem no Comportamento Alimentar e comportamentos preventivos de saúde (exercício físico) e consequentemente na manutenção desta patologia.

2. Método

Do ponto de vista metodológico, os nossos objectivos pretendem destacar os factores psicológicos que estão na base da manutenção da Obesidade e compreender quais os factores psicológicos que estão na base da manutenção da perturbação, bem verificar se a Aceitação Plena e o Evitamento Experiencial, numa população de obesos influem no Comportamento Alimentar e comportamentos preventivos de saúde (exercício físico).

Em suma, a literatura tem especificado os seguintes factores motivacionais para a opção por técnicas invasivas:

- a) Relação e/ou experiência prévia, tais como tentativas para perder peso.

b) Motivação para o exercício físico e para aderir a dieta/controlo alimentar.

c) Factores de personalidade e Suporte Social.

d) Sintomatologia psicopatológica.

Assim, pretendemos verificar se a estes factores se poderá adicionar o Evitamento Experiencial e a Atenção Plena como estando na base da manutenção desta patologia. Para tal, o método utilizado nesta investigação será o Método Clínico, uma vez que vamos estudar doentes com patologia crónica – a Obesidade.

2.1. Desenho do Estudo

Este estudo será um estudo Observacional Descritivo-Correlacional, uma vez que se pretende obter informação acerca da população em estudo, sendo, deste modo, transversal pois pretende-se analisar um grupo representativo da população em estudo num único momento, recorrendo-se ao aporte teórico da ACT (Acceptance and Commitment Therapy), de modo a permitir-nos compreender se o Evitamento Experiencial e a Atenção Plena funcionam como factores de manutenção da Obesidade, bem como se se relacionam com a auto-implicação do sujeito no seu tratamento.

2.1.1. Variáveis

Variáveis Independentes (VI) – Obesidade; Comportamento Alimentar; Motivação para técnicas invasivas (cirurgia) no tratamento da obesidade; Comportamentos de Saúde (Exercício Físico).

Variável Dependente (VD) – Atenção Plena; Evitamento Experiencial.

2.2. Participantes

A amostra do nosso estudo é uma amostra aleatória não probabilística de conveniência, uma vez que é composta por doentes com obesidade que se encontram inscritas e a usufruir dos serviços de Endocrinologia e Nutrição do Hospital de Braga. Deste modo, a nossa amostra é constituída por 40 sujeitos com obesidade (N=40).

Para tal foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão da amostra:

Critérios de Inclusão: Doentes Obesos referenciados em consultas médicas, com mais de 18 anos.

Critérios de Exclusão: Doença mental e neurológica crónica clinicamente comprovada.

Assim, a técnica de amostragem utilizada é inter-sujeitos, uma vez que o grande objectivo será a efectivação de comparações entre sujeitos e variáveis.

2.3. Materiais/Instrumentos

2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico e Entrevista Estruturada que aborda: História pessoal de Obesidade, Tentativas de Prévias Perda de Peso e Motivações para a Cirurgia

Permite a obtenção de dados relativos à população do estudo. Assim, o questionário sócio-demográfico permite reunir informações acerca da composição do agregado familiar, educação do indivíduo, situação laboral, entre outros, dados estes importantes para podermos caracterizar a amostra, bem como a forma como se distribuem os dados numa dada população.

A Entrevista permite reunir informação sobre o comportamento, as atitudes e as emoções actuais e passadas, além do historial detalhado da vida do indivíduo em geral e do problema que apresenta. Permite determinar quando começou o problema e identificar outros como factores stressores, traumas, doenças físicas que podem ter ocorrido no mesmo período (Barlow & Durand, 2006), pelo que é muito útil quer ao nível da compreensão das comorbilidades associadas, quer ao nível duma melhor compreensão de tratamentos prévios, bem como seus sucessos e insucessos neste processo e tipo de implicação/compromisso pessoal empregue no mesmo.

2.3.2. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

O Atenção Plena é geralmente definido para incluir o foco da atenção na aceitação e não julgamento das experiências que ocorrem no presente (Baer et al., 2004).

KIMS é um inventário de auto-resposta composto por 39 itens, usado para verificar as capacidades de Atenção Plena. Este instrumento é útil para clarificar os pontos fortes e os pontos fracos dos sujeitos no desenvolvimento das capacidades de Atenção Plena. Assim, o KIMS é utilizado para verificar 4 capacidades de Atenção Plena:

Observar: Atenção Plena envolve observar, estar atento a vários estímulos incluindo aos fenómenos internos (cognições e sensações corporais) e aos fenómenos externos (sons, cheiros).

Descrever: Envolve descrição activa e nomeação, descrição dos fenómenos observados recorrendo a palavras sem emitir julgamentos.

Agir com consciência: estar atento e realizar plenamente as actividades presentes.

Aceitar sem julgar: aceitar a realidade, sem julgar, evitar, mudar ou fugir.

Os itens são classificados numa escala de Likert de 5 pontos (1- muito raramente ou nunca a 5 – quase sempre ou sempre).

Pontuações mais elevadas reflectem maior Atenção Plena.

2.3.3. Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS):

O MAAS é uma escala de 15 itens destinados a avaliar uma característica central da Atenção Plena, ou seja, a tendência geral para estar atento ao momento presente, nas diversas experiências do dia-a-dia, desenvolvida por Brown & Ryan (2003).

É uma escala de Likert de 6 pontos (1- quase sempre a 6-quase nunca) e possui apenas um factor e uma pontuação total:

Agir com consciência: estar atento e realizar plenamente as actividades presentes.

Pontuações mais altas reflectem maior Atenção Plena.

2.3.4. Escala de Compulsão Alimentar (ECA):

A ECA é um questionário auto-aplicável, desenvolvido por Gormally et al, amplamente utilizado nos países de língua inglesa e que se mostra adequado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade de Compulsão Alimentar.

É uma escala de Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmações, das quais deve ser seleccionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmação corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (0) até a gravidade máxima (3) de Compulsão Alimentar. A pontuação final é o resultado da soma dos pontos de cada item.

Os investigadores têm classificado os indivíduos de acordo com as seguintes pontuações: indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem Compulsão Alimentar; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com Compulsão Alimentar moderada; e aqueles cuja pontuação é igual ou superior a 27, com Compulsão Alimentar grave.

2.4. Procedimentos de Recolha

Após aprovação do projecto de instigação, por parte de comissão de ética da instituição, foi realizada uma análise à agenda do médico para verificar quais os doentes agendados, definindo, segundo os critérios de inclusão/exclusão, os utentes que participariam no estudo, sendo estes, posteriormente convidados a participar.

Assim, após a explicação acerca dos objectivos do estudo e a assinatura do respectivo Consentimento Informado, foram aplicados aos participantes, na seguinte ordem de administração em todos os sujeitos, os seguintes questionários: Questionário Sócio - Demográfico; Entrevista Estruturada que aborda: História Pessoal de Obesidade, Tentativas de Prévias Perda de Peso e Motivações para a Cirurgia; Kentucky Inventory of Atenção Plena Skills (KIMS); Atenção Plena Attention and Awareness Scale (MAAS) e Escala de Compulsão Alimentar.

Os dados foram recolhidos individualmente entre os participantes de forma a garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos sujeitos intervenientes.

2.5. Análise dos dados

Para a análise de dados recorreu-se ao programa estatístico *SPSS* (versão 19.0), utilizando-se técnicas paramétricas: teste *t de Student*; Coeficiente de Correlação de Pearson e Regressão Linear.

2.5.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por um total de 40 sujeitos (N=40) com idades compreendidas entre os 20 e os 67 anos (M= 44,15; dp= 12,59), sendo 6 do sexo masculino e 34 do sexo

feminino. Todos os participantes se encontram inseridos no serviço de Endocrinologia/Nutrição do Hospital de Braga, sendo seguidos neste serviço devido ao diagnóstico de obesidade. 57,5% dos sujeitos são casados e 22,5% são solteiros. No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que 35% dos sujeitos possuem instrução primária e 30% o 3º ciclo de escolaridade. No que se refere à situação laboral, 40% dos sujeitos encontram-se actualmente empregados e 27,5% encontram-se actualmente desempregados.

2.5.1.1. Descrição da Amostra Clínica

De seguida caracterizamos a Amostra Clínica, onde se descrevem características como diagnóstico de Obesidade (idade de início), história familiar de Obesidade, tratamentos prévios, comorbilidades, consequências percebidas de Obesidade, crenças e atribuições causais, comportamentos de saúde, bem como motivação para cirurgia.

70% dos sujeitos refere o diagnóstico de obesidade na idade adulta, referindo também, 80% dos sujeitos, uma herança genética/história familiar de obesidade.

No que se refere aos tratamentos prévios, 25% dos sujeitos refere nunca ter feito nenhum tratamento, sendo que, por outro lado, 20% refere ter recorrido ao tratamento farmacológico como tratamento preferencial para a perda de peso.

No que concerne às patologias diagnosticadas, a maior comorbilidade verificada, nesta amostra, é a Diabetes *Mellitus* (15%), seguindo-se a Hipertensão Arterial (HTA) e Dislipidemia (10%).

No que respeita às consequências da obesidade, as mais referidas pelos sujeitos são as “Consequências Sociais”, como a discriminação (22%) e psicológicas, o abandono de actividades devido a perda de mobilidade (20%) e a insatisfação com a imagem/corpo (15%), o que vai de encontro aos dados da literatura.

Relativamente às crenças/atribuições causais de obesidade, estas dividem-se em duas grandes categorias, os “Acontecimentos de Vida” (e.g., divórcio, perda de alguém querido) (30%) e “Problemas Alimentares/Factores Metabólicos” (e.g., *Binge Eating*; “metabolismo lento”) (30%). 15% dos sujeitos referem as emoções e/ou stress como factor causal da sua obesidade.

A respeito dos comportamentos de saúde (actividade física), verifica-se que 55% dos sujeitos da nossa amostra não praticam qualquer tipo de actividade física, dos que praticam

actividade física (N=18), 40% referem exercício auto-gerido, como se pode visualizar na tabela 2 a seguir apresentada.

3. Resultados

3.1. Validade e Fiabilidade dos Instrumentos

3.1.1. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

De acordo com a análise estatística efectuada, obteve-se um valor de .84 relativamente ao Alpha de Cronbach do Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, como se pode ver através da tabela que se apresenta em seguida.

Tabela 1. Consistência Interna do questionário KIMS

Escala	Alpha de Cronbach
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	.84

Uma vez que este valor é, consideravelmente, superior a .60, podemos dizer que a escala em questão apresenta uma boa consistência interna na presente amostra, revelando boa validade e fiabilidade.

3.1.2. Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)

No que diz respeito aos valores de consistência interna do Mindfulness Attention and Awareness Scale podemos verificar, como se observa na tabela a seguir apresentada, que registam um Alpha de Cronbach de .86.

Tabela 2. Consistência Interna do questionário MAAS

Escala	Alpha de Cronbach
Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)	.86

Uma vez que este valor é, consideravelmente, superior a .60, considera-se que este instrumento obtém um bom índice de consistência interna na presente amostra, revelando bom índice de validade e fiabilidade.

3.1.3. Escala de Compulsão Alimentar (ECA)

Através da análise estatística relativa à confiança da Escala de Compulsão Alimentar, obteve-se um valor de .90, que se apresentam, seguidamente, na tabela.

Tabela 3. Consistência Interna do questionário ECA

Escala	Alpha de Cronbach
Escala de Compulsão Alimentar (ECA)	.90

Como o valor a partir do qual uma escala se considera como sendo ou não consistente ao nível da sua validade e fiabilidade é de .60, então depreendemos que esta escala revela bons níveis de consistência interna, de validade e de fiabilidade.

3.2. Descrição de Relações entre as Variáveis Dependentes

A seguir apresentamos a descrição da relação entre as variáveis dependentes (Evitamento Experiencial e Atenção Plena), através de uma tabela de correlações (r de Pearson), por forma a verificar o grau de associação entre estas variáveis.

Tabela 4. Matriz de Correlações (*r* de Pearson) das Variáveis Dependentes

	Agir com consciência (MAAS)	Observar (KIMS)	Descrever (KIMS)	Agir com consciência (KIMS)	Aceitar sem Julgar (KIMS)
Agir com consciência (MAAS)	-	-,069	,281	,580**	,042
Observar (KIMS)	-,069	-	,505**	,114	,046
Descrever (KIMS)	,281	,505**	-	,478**	,142
Agir com consciência (KIMS)	,580**	,114	,478**	-	,202
Aceitar sem Julgar (KIMS)	,042	,046	,142	,202	-

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Verifica-se elevada correlação entre as VD's, como podemos verificar nas relações “Descrever” e “Observar”, r (.50), “Agir em Consciência” r (.58) e correlação moderada em “Descrever” e “Agir em Consciência” r (.47), com $p < 0.01$.

3.3. Relação entre as VI's (peso, pontuação da ECA, tempo de exercício físico, IMC) e VD's (Atenção Plena e Evitamento Experiencial)

A seguir apresentamos a descrição da relação entre as variáveis independentes (peso, pontuação ECA, tempo de exercício físico, IMC) e as variáveis dependentes (Evitamento Experiencial e Atenção Plena), através de uma tabela de correlações, por forma a verificar o grau de associação entre estas variáveis.

Tabela 5. Matriz de Correlações (*r* de Pearson) entre VD's e VI's

	Agir com consciência (MAAS)	Observar (KIMS)	Descrever (KIMS)	Agir com consciência (KIMS)	Aceitar sem Julgar (KIMS)	ECA
Agir com consciência (MAAS)	-	-,069	,281	,580**	,042	-,466**
Observar (KIMS)	-,069	-	,505**	,114	,046	-,124
Descrever (KIMS)	,281	,505**	-	,478**	,142	-,360*
Agir com consciência (KIMS)	,580**	,114	,478**	-	,202	-,376*
Aceitar sem Julgar (KIMS)	,042	,046	,142	,202	-	-,223
ECA	-,466**	-,124	-,360*	-,376*	-,223	-
Peso (em Kg)	,042	,325*	,208	,121	,196	,093
Tempo de exercício (horas semanais)	,130	,341*	,200	,019	,426**	-,386*
IMC	-,087	,298	,066	-,130	,000	,333*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Os nossos resultados demonstram que ECA se relaciona negativamente com os factores “Descrever” $r (-.36)$, $p < .05$ e “Agir em Consciência” $r (-.37)$, $p < .05$ da Escala de Atenção Plena, bem como com o “Agir com Consciência” do MAAS $r (-.46)$, $p < .01$. Encontra-se ainda negativamente relacionada com o tempo de exercício físico $r (-.38)$, $p < .05$

Também se verifica a correlação positiva entre o tempo de exercício físico por semana e os factores “Observar” $r (.34)$, $p < .05$ e “Aceitar sem Julgar” $r (.42)$, $p < .01$ da escala de Atenção Plena.

3.4. Análise dos Preditores do Comportamento Alimentar

Com o objectivo de verificar qual o melhor preditor da Compulsão Alimentar procedemos à análise de Regressão Linear. Análises preliminares foram efectuadas para assegurar a não violação dos pressupostos de normalidade, linearidade e homogeneidade.

Tabela 6. Preditores da Compulsão Alimentar

(VD)	(VI)	R ²	R ² Ajustado	F (P)	BETA (B)	t (p)
Compulsão Alimentar	Agir em Consciência (MAAS)	,217	,196	10,523**	-4,356	-3,244**
	MAAS (pontuação total)	,187	,166	8,738**	-,312	-2,956**
	KIMS (pontuação total)	,123	,099	5,308*	-,212	-2,304*
	IMC	.111	.088	4,746*	.544	2,179*
	Exercício Físico (horas semanais)	,149	,126	6,642**	-,870	-2,577**

*p < 0.05; ** p < 0.01

Observamos que o “Agir em Consciência” (MAAS) é melhor preditor, da Compulsão Alimentar. Verificámos, ainda, que as variáveis se relacionam de forma negativa, e que o “Agir em Consciência” tem um peso significativo na Compulsão Alimentar ($B = -4,356$, $p < 0,01$). Assim, níveis mais elevados de “Agir em Consciência” correspondem a níveis mais baixos de Compulsão Alimentar.

3.5. Relação entre a Variável Independente “Motivação para opção por técnicas invasivas (cirurgia)” e as Variáveis Dependentes “Atenção Plena e Evitamento Experiencial”

Com o objectivo de verificar as diferenças de médias face às variáveis dependentes (Atenção Plena e Evitamento Experiencial) e a variável “Motivação para a cirurgia”, realizamos um *t-test*.

Tabela 7. Diferença de médias entre VD's e a variável “Motivação para a Cirurgia”

	Motivação para		Desvio			
	realização cirurgia	N	Média	Padrão	t	p
Pontuação total da escala	Sim	18	26,61	8,63	1,94	.060
de compulsão alimentar	Não	22	20,90	9,71		
Observar (KIMS)	Sim	18	2,18	,92	,35	.724
	Não	22	2,09	,68		
Descrever (KIMS)	Sim	18	2,70	,40	-1,92	.061
	Não	22	3,03	,64		
Agir com consciência	Sim	18	4,15	,76	-1,43	.160
(KIMS)	Não	22	4,57	1,00		
Aceitar sem Julgar	Sim	18	3,75	,49	1,11	.270
(KIMS)	Não	22	3,58	,44		
Agir com consciência	Sim	18	3,26	,99	-1,97	.056
(MAAS)	Não	22	3,88	,97		

No MAAS obtemos uma tendência de $t(38) = -1,97$ ($p < .05$). O que significa que os sujeitos não motivados para a cirurgia apresentam maior pontuação no «agir em consciência» (MAAS) ($M = 3,8$; $dp = 0,97$) em comparação com os sujeitos motivados ($M = 3,2$; $dp = 0,99$).

3.6. Discussão dos resultados

Os nossos resultados revelam-se consistentes, na medida da verificação empírica das variáveis em estudo, ou seja, confirmação das nossas hipóteses.

Verifica-se elevada correlação entre as VD's, como podemos verificar nas relações “Descrever” e “Observar”, $r(.50)$, “Agir em Consciência” $r(.58)$ e correlação moderada em “Descrever” e “Agir em Consciência” $r(.47)$, com $p < 0.01$, ou seja, quanto maior a capacidade do sujeito observar, descrever e agir em consciência, tal como referido na anteriormente, maior será a capacidade de Atenção Plena, isto é, maior será a concentração no momento actual, de forma intencional e sem julgamentos, não categorizando pensamentos e sentimentos.

Constatámos que o Evitamento Experiencial prediz a Compulsão Alimentar. Verificamos ainda que as variáveis se relacionam de forma negativa, e que o Evitamento

Experiencial tem um peso significativo na Compulsão Alimentar. Assim, os nossos resultados demonstram que a ECA se relaciona negativamente com os factores “Descrever” $r (-.36)$, $p < .05$ e “Agir em Consciência” $r (-.37)$, $p < .05$ da Escala KIMS, bem como com o “Agir com Consciência” (MAAS) $r (-.46)$, $p < .05$. Encontra-se ainda negativamente relacionada com o tempo de exercício físico $r (-.38)$, $p < .05$. Assim, este resultado confirma as nossas hipóteses.

Observamos que o “Agir em Consciência” (MAAS) é melhor preditor, da Compulsão Alimentar. Verificámos, ainda, que as variáveis se relacionam de forma negativa, e que o “Agir em Consciência” tem um peso significativo na Compulsão Alimentar ($B = -4,356$, $p < 0,01$). Assim, níveis mais elevados de “Agir em Consciência” correspondem a níveis mais baixos de Compulsão Alimentar.

Verificamos também que níveis mais elevados de Atenção Plena correspondem a níveis mais baixos de Compulsão Alimentar e vice-versa. Assim, com a análise da regressão, verificamos que o melhor preditor da compulsão alimentar, tendo por base as variáveis dependentes em estudo, ou seja, o Evitamento Experiencial e o Atenção Plena, é o Factor Único do MAAS (Agir em Consciência) que melhor explica a Compulsão Alimentar. Ou seja, não se trata de um modelo causal, mas sim de relação.

Também se verifica uma correlação positiva entre o tempo de exercício físico por semana e os factores 1 (Observar) ($r = .34$; $p < .05$) e 4 (Aceitar sem Julgar) ($r = .42$; $p < .05$) da escala KIMS, ou seja, aqueles que praticam um maior número de horas semanais de exercício físico, implicam-se mais a si mesmos na perda de peso, apresentando pontuações mais altas nos factores “Observar” e “Aceitar sem Julgar” do KIMS, o que corrobora as nossas hipótese de que quanto maior Atenção Plena, maior o comprometimento pessoal dos sujeitos no seu tratamento. No MAAS obtemos uma tendência de $t(38) = -1,97$ ($p < .05$). O que significa que os sujeitos não motivados para a cirurgia apresentam maior pontuação no «agir em consciência» (MAAS) ($M = 3,8$; $dp = 0,97$) em comparação com os sujeitos motivados ($M = 3,2$; $dp = 0,99$), assim se verifica que sujeitos com menor Atenção Plena apresentarão uma maior propensão para a opção por técnicas invasivas de tratamento da Obesidade, uma vez que neste tipo de tratamento não há implicação do sujeito.

Verifica-se assim, mediante os dados obtidos que os sujeitos em Evitamento Experiencial, ou seja, aqueles que não estão dispostos a estabelecer contacto com as suas experiências privadas, vividas de forma aversiva, bem como aqueles com menor Atenção Plena (Consciência Plena), ou seja, capacidade de prestar atenção com propósito, no momento presente, sem realizar qualquer juízo de valor sobre a própria experiência, são aqueles que se encontram mais motivados por técnicas invasivas para o tratamento da Obesidade. Assim se

demonstra, como já era referido em alguns estudos (Rabner & Greenstein, 1991), que estes sujeitos acreditam que os médicos e técnicas cirúrgicas são a “tábua de salvação”, não se implicando por isso a si próprios no tratamento uma vez que tal como refere Morais (2010), grande parte dos doentes, antes de recorrer à cirurgia, tentam combater a obesidade através de dietas muitas vezes não orientadas ou prescritas por Nutricionistas (Randolph, 1986; Rabner & Greenstein, 1991; Morais, 2010). No entanto, estes doentes não costumam aderir facilmente às alterações de estilo de vida, a que o cumprimento de um plano alimentar estruturado obriga. Assim, tendem a ser indivíduos que se consideram incapazes de ultrapassar e resolver os próprios problemas.

Em suma, verifica-se que para além das variáveis concorrentes (especificadas pela literatura), tais como tentativas prévias de perda de peso, motivação para aderir a dietas e ao exercício físico, factores de personalidade, suporte social e sintomatologia psicopatológica, o Evitamento Experiencial prediz não só o comportamento alimentar (*Binge Eating*) e consequentemente a manutenção da Obesidade, como também explica a não implicação pessoal no tratamento, ou seja, opção por técnicas invasivas e aceitação da equipa médica como resolução do seu problema de saúde.

O Evitamento Experiencial é uma incapacidade de experienciar sensações, pensamentos, emoções negativas, bem como incapacidade para agir de forma a modificar essas experiências ou contextos nos quais elas ocorrem (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Este constructo está positivamente relacionado com a psicopatologia e negativamente correlacionado com os constructos de Atenção Plena, tais como a aceitação e a acção em consciência plena (Hayes et al., 1996; Baer, Smith & Allen, 2004). Assim, o Evitamento Experiencial interfere na capacidade de viver o momento presente e direccionar as actividades para objectivos de vida valorizados (Costa & Gouveia, 2010).

Vários autores sugerem que as perturbações alimentares são resultado de uma gestão de emoções mal-adaptativa (Chatoor, 1999; Baer, Fischer & Huss, 2006; Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009; Waller et al., 2010; Pascual et al., 2011). Segundo Chatoor (1999) o estado emocional dos sujeitos com Perturbação do Comportamento Alimentar influencia directamente na ingestão de comida por eles realizada. Por exemplo, Heatherton & Baumeister (1991) sugerem que o *Binge Eating* é motivado pelo desejo de fugir de um estado emocional aversivo relacionado ou percebido como uma incapacidade de atingir padrões pessoais mais elevados (Baer, Fischer & Huss, 2006). Também Wiser & Telch (1999) sugerem que o *Binge Eating* funciona como forma de reduzir emoções desagradáveis em indivíduos com menos capacidades de gestão das suas emoções (Baer, Fischer & Huss, 2006).

Ou seja, indivíduos com perturbações do comportamento alimentar experimentarão mais estados emocionais negativos que indivíduos sem perturbação do comportamento alimentar (Baer, Fischer & Huss, 2006). Estudos realizados com o recurso a registos diários demonstram que as mulheres com perturbação de ingestão alimentar compulsiva tendem mais à compulsão nos dias em que sentem maior stress ou pressão (Crowther, Snafner, Bonifazi & Shepherd, 2001, cit in Baer, Fischer & Huss, 2006). Estudos Experimentais recorrendo a indução de estados de humor mostraram que os sujeitos tendem a comer mais como resposta a sentimentos negativos (Agras & Telch, 1998; Stice, 2002). Também Fischer, Smith & Anderson (2003) demonstraram que a impulsividade se encontrava fortemente correlacionada com o *Binge Eating* (Baer, Fischer & Huss, 2006).

A ansiedade traço, dificuldade para identificar e expressar as emoções, baixa auto-estima, atitudes negativas face à expressão emocional, percepção negativa das emoções, influencia da alimentação, peso e imagem corporal no estado de humor, necessidade de controlo e determinadas formas de regulação de emoções, podem ser consideradas como factores de risco para as Perturbações do Comportamento Alimentar (Pascual et al., 2011).

Estes dados demonstram assim que tentativas mal sucedidas para controlar as emoções estão relacionadas com o comportamento alimentar compulsivo, pelo que intervenções com base na Atenção Plena, com o objectivo de aumentar a auto-regulação quer física quer emocional, encontram-se bem adaptadas à complexa desregulação comportamental, emocional e cognitiva que se verifica nas perturbações alimentares (Kristeller, Baer, Quillian-Wolever, 2006). Ou seja, um aumento da capacidade de auto-regulação produz reduções significativas nos impulsos para comer (compulsão) quando surgem sentimentos ou emoções negativas.

Também, num estudo de caso, tendo como a Atenção Plena, Baer et al (2005), relatam uma completa cessação da Compulsão Alimentar e de fortes reduções na quantidade e qualidade de alimento ingerido e nas preocupações com a forma corporal, bem como um aumento da Atenção Plena (Kristeller, Baer, Quillian-Wolever, 2006).

Embora o desejo de alimentos se baseie numa necessidade biológica, a grande maioria dos comportamentos integrados no processo de saciedade são, muito provavelmente, aprendidos (Viana, Lopes dos Santos & Guimaraes, 2008).

Segundo a OMS, cerca de 95% dos doentes obesos que seguem dietas para emagrecer fracassam na manutenção do peso (OMS, 1997). Assim, ao sofrimento que resulta da recaída, somam-se sentimentos de frustração, culpa, diminuição da auto-estima, impotência ou incapacidade, aspectos que determinam a vulnerabilidade, fragilidade do sujeito. Assim,

devido às várias tentativas frustradas de perda de peso, é de esperar que quanto maior a idade do individuo maior o número de tentativas de perda de peso, consequentemente, a mínima perda de peso após a cirurgia conduz a que estes indivíduos demonstrem uma maior iniciativa para pôr em pratica as suas ideias e acções, tornando-se mais activos (Moraes, 2010; Kristeller, Baer, Quillian-Wolever, 2006).

A investigação tem feito referência ao facto de algumas estratégias de regulação emocional contribuírem para um pior ajustamento, dado serem utilizadas de forma rígida e inflexível, com o objectivo de reduzirem a frequência, intensidade ou duração do acontecimento interno indesejado (Costa & Gouveia, 2010). Por seu turno, a Aceitação envolve uma resposta eficaz e flexível pois permite ao indivíduo permanecer em contacto com as suas emoções e pensamentos, estando relacionada com uma menor incapacidade, menos recurso aos serviços de saúde e mais realização de actividades concordantes com os valores pessoais (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Costa & Gouveia, 2010) e as modalidades de tratamento da obesidade devem conduzir à procura de autonomia (Pereira, 2004).

A intervenção com base na ACT não se destina à modificação directa de comportamentos, pensamentos ou emoções, mas sim à modificação do contexto verbal onde estes ocorrem (Hernández-Ardieta & Porres, 2007). As estratégias psicológicas (Hayes, McCurri, Afari & Wilson, 1991, cit in Hernández-Ardieta & Porres, 2007) utilizadas para tal fim consistem sobretudo no uso de metáforas e exercícios experimentais (Hernández-Ardieta & Porres, 2007).

A ACT é um tratamento centrado nas acções validas para o sujeito, contempla o sofrimento/mal-estar psicológico como algo natural, fruto da condição humana, define que se aprende a resistir ao sofrimento e que é essa resistência que gera o sofrimento psicológico, promove a análise funcional dos comportamentos do utente e, portanto, baseia-se na experiência do paciente como chave do tratamento (Hernández-Ardieta & Porres, 2007).

Na terapia Cognitivo-comportamental (TCC) tradicional a saúde mental é fortemente identificada com o que é racional. Enquanto que as práticas de Atenção Plena promovem uma mudança geral na forma de lidar com os eventos privados, Beck (1995) e Ellis (1974) ensinam a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O utente aprende a observar e identificar os pensamentos desadequados, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém, como apontam Segal, Teasdale & Williams (2004), há um aspecto da Atenção Plena que já estava implicitamente presente nestas terapias desde o início da segunda geração de terapias Cognitivo-comportamentais. Assim, participando do trabalho de reestruturação cognitiva, o utente aprende que o que pensa sobre si mesmo não é a

representação correcta da realidade. Aprende no processo que mudanças nas suas atitudes influenciam as suas reacções emocionais. Também descobre que pode pensar de forma diferente e que os conteúdos dos seus pensamentos são produções subjectivas dele próprio.

Os programas de TCC têm-se apresentado como efectivos, uma vez que resultam em melhorias efectivas e significativas nos sintomas psicopatológicos da Compulsão Alimentar, melhorias na auto-estima, no humor e na qualidade de vida, bem como do sentimento de bem-estar (Duchesne et al., 2007).

Evidências sugerem que os obesos com Perturbação de Compulsão Alimentar apresentam uma pior resposta aos tratamentos que visam a perda ponderal, um maior número de tentativas mal sucedidas de adesão a dietas, bem como uma maior dificuldade em perder peso e manter o peso perdido (Duchesne et al., 2007). São os obesos que apresentam Compulsão Alimentar aqueles que apresentam uma maior taxa de abandono de tratamentos.

Forman, Butryn, Hoffman & Herbert (2009), conduziram um estudo preliminar para analisar a efectividade da intervenção com base na ACT numa população de mulheres obesas com vista à perda de peso. Os resultados demonstraram que os sujeitos perderam 6.6% do peso corporal após o tratamento, e num follow-up de 6 meses, perderam 9.6% do peso corporal. Também Tapper, Shaw, Ilslev, Hill, Bond & Moore (2009) conduziram um estudo exploratório no qual analisaram a eficácia da ACT na perda de peso em mulheres. Após 6 meses as participantes da ACT que relataram ter usado o que aprenderam na terapia para o controlo do peso, apresentaram uma maior perda de peso do que aquelas que faziam parte do grupo de controlo. Esta perda de peso foi mediada pela diminuição da Compulsão Alimentar (Ruiz, 2010).

Segundo os resultados de alguns estudos, verifica-se que a ACT se apresenta como uma terapia eficaz num amplo espectro de patologias. Em geral, os efeitos verificam-se ainda mais promissores após as intervenções, ou seja, no follow-up. Também é importante ressaltar que um grande número de estudos com base na ACT referem-se a intervenções breves, demonstrando, não obstante resultados relevantes (Ruiz, 2010).

Assim, em termos terapêuticos estes resultados são encorajadores para o desenho de psicoterapias dirigidas para a Atenção Plena, pelo que propomos a ACT como novo paradigma de compreensão e intervenção nesta patologia, uma vez que, como verificamos com os resultados do nosso estudo, maior Atenção Plena e Aceitação da doença levarão a um maior comprometimento pessoal no tratamento.

Conclusão

As Perturbações Alimentares, como o caso da Obesidade e da Compulsão Alimentar, são sérias patologias que afectam sobretudo o sexo feminino (Machado et al., 2001).

A obesidade é uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, que afecta todas as faixas etárias, bem como diferentes grupos sociais (Costa et al, 2009).

Actualmente reconhece-se que a obesidade e as complicações a ela associadas constituem um dos problemas com maior impacto na saúde pública (Rodríguez et al., 2003). A prevalência da obesidade está a aumentar progressivamente em alguns países desenvolvidos, tendo-se registado um aumento muito considerável na última década. Desta forma, o seu tratamento é imprescindível, pois a ela está associada o aparecimento de diversas doenças crónicas (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006).

De entre as patologias do comportamento alimentar (Anderson, Lundgren, Shapiro & Paulosky, 2004, cit in Viana, Lopes dos Santos & Guimarães, 2008) são cada vez mais prevalentes as dietas e a insatisfação com a imagem e o corpo, sendo frequentes as atitudes obsessivas face à alimentação e a consequente selectividade mórbida dos alimentos.

Um estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercício físico regular, pode proporcionar benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais aos sujeitos, uma vez que influi na prevenção de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, depressão e até cancro (Teixeira et al., 2009). A perda de peso intencional reduz a mortalidade no caso da diabetes de tipo 2 e da doença cardiovascular associadas. O mesmo se verifica em pessoas obesas com enfarte do miocárdio prévio (Direcção-Geral de Saúde, 2005). A perda de 3% do peso corporal diminui, de forma significativa, a tensão arterial nos obesos. Assim, se os programas de perda de peso incluírem exercício físico evidencia-se a melhoria de níveis de tensão arterial. É, igualmente, evidente o efeito da perda de peso na redução dos níveis plasmáticos de triglicerídeos e de insulina e o aumento do colesterol, proporcionais à percentagem da perda (Direcção-Geral de Saúde, 2005).

Assim, os benefícios conseguidos através da perda intencional de peso, mantida a longo prazo por um obeso, podem manifestar-se na: a) saúde em geral; b) melhoria da

qualidade de vida; c) redução da mortalidade; d) melhoria das doenças crónicas associadas (Direcção-Geral de Saúde, 2005), uma vez que a perda de peso faz baixar a tensão arterial e permite a mais de metade das pessoas que desenvolvem diabetes na idade adulta suprimir a insulina ou outro tratamento farmacológico. Ou seja, as comorbilidades associadas à obesidade, determinam a gravidade desta doença (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006). Assim, mais uma vez se evidencia que a obesidade acarreta uma inquestionável morbilidade psicológica sobre os indivíduos, levando a que estes se sintam excluídos socialmente, e, consequentemente, a perda de peso traz melhorias inequívocas sobre esta realidade (Morais, 2010).

Alguns autores defendem que a criação de objectivos é fundamental para o tratamento de perda de peso (Wardle & Rapoport, 1998, cit in Pereira, 2004), uma vez que se verifica que a falta de auto-controlo contribui muitas vezes para o insucesso do tratamento da obesidade.

Conforme os dados por nós obtidos, consideramos que o doente consegue aumentar o controlo do seu comportamento alimentar se tiver maior consciência da quantidade de alimentos que ingere e das situações que o levam a comer mais. Ao monitorizarem o seu comportamento, os doentes envolvem-se num processo de auto-avaliação (Apfeldorfer, 1997, cit in Pereira, 2004).

Focalizando o processo de modificação de hábitos alimentares no âmbito dos modelos de cognição social anteriormente referidos, pode afirmar-se que a selecção de alimentos, mais do que determinada por necessidades fisiológicas, depende de factores psicossociais. Os hábitos alimentares resultam da interacção de factores ambientais, psicológicos e biológicos. Assim, também a intenção ou compromisso em alterar um determinado comportamento poderá ser influenciada pela informação obtida através de um técnico de saúde, pelos amigos, familiares e meios de comunicação, pelas atitudes face ao alimento e pelo reforço social obtido com o novo comportamento (Viana, Lopes dos Santos & Guimarães, 2008). Ou seja, o apoio social é uma peça fundamental no tratamento da obesidade. O doente não pode ver-se sozinho na tentativa de perder peso (Perpiña & Baños, 1989, cit in Pereira, 2004).

Muitos obesos sofrem de uma perturbação da imagem corporal, fazendo um evitamento fóbico do corpo, esquecendo cuidados com o seu corpo e desvalorizando-se permanentemente (Apfeldorfer, 1997; Wardle & Rapoport, 1998, cit in Pereira, 2004). Uma pobre imagem corporal resulta numa pobre auto-estima e numa auto-eficácia negativa (Pereira, 2004).

É sabido que as significações de doença e de tratamento influenciam os processos de adesão dos indivíduos ao tratamento (Turk & Meichenbaum, 1991, cit in Travado et al, 2004),

ou seja, o modo como os sujeitos concebem a sua doença (isto é, etiologia, evolução, consequências) (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), tratamento e seus efeitos, grau de mudança comportamental exigido, relação com os profissionais de saúde, com o sistema de saúde e com os recursos sociais (Reis, 1999, cit in Travado et al, 2004).

Os métodos da ACT parecem apresentar resultados mais abrangentes que se relacionam com o modelo da terapia (Hayes et al., 2008).

A importância da cognição no início e manutenção da perturbação alimentar leva-nos a colocar a hipótese de que as estratégias baseadas no Atenção Plena e na aceitação são muito úteis na compreensão destes sintomas. O objectivo do treino de Atenção Plena é cultivar a observação de diferentes situações de forma não crítica, sem julgamentos, bem como permitir a aceitação de sensações, cognições e emoções. A terapia com base no Atenção Plena não inclui, normalmente, a tradicional terapia cognitiva e suas estratégias com o objectivo de desafiar ou modificar o conteúdo dos pensamentos. Em vez disso, o treino de Atenção Plena encoraja uma visão descentrada/separada dos pensamentos, na qual os pensamentos são vistos como eventos flutuantes e passageiros. Esta visão descentrada, também conhecida como Desfusão na ACT, deve reduzir a crença nos pensamentos e promover a compreensão de que os pensamentos precisam de comportamentos específicos (Baer, Fischer & Huss, 2006). Ou seja, adoptar uma postura baseada no Atenção Plena permite uma melhor compreensão de que os pensamentos são passageiros e podem ser substituídos por outros, bem como que estes não têm obrigatoriamente que reflectir a realidade ou levar a um comportamento (Baer, Fischer & Huss, 2006).

Referências Bibliográficas

- Agras, W. (1993). *Short-term psychological treatments for binge eating*. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 270-286). New York: The Guilford Press.
- Amorim, J. (2008). *Cirurgia Bariátrica – Conhecimentos dos Estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP*. Monografia de Licenciatura em Enfermagem submetida à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto.
- Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2000). Abordagem psicossocial dos comportamentos orientados para a saúde: estudos dos factores de previsão da aceitação e da rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII): 499-521.
- Andrade, M. (2000). Influência das Variáveis Psicossociais nos Comportamentos Orientados para a Saúde Genética: Modelos Teóricos. *Revista Referência*, 5: 35-44.
- APA – American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Arnaiz, M.G. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrição*, 22 (1): 5-18.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Baer, R., Fischer, S. & Huss, D. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12: 351-358.
- Baer, R., Fischer, S. & Huss, D. (2006). Mindfulness and Acceptance in the Treatment of Disordered Eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13 (1):27-45.

- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.). *Annals of child development*. Vol.6. *Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Becker, M. & Mainan, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13 (1): 10-24.
- Bem, S., & Looren de Jong, H. (1997). *Theoretical issues in Psychology*. London: Sage Publications.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bishop, S. R., et al (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 230-241.
- Blundell, J. e Hill, A. (1993). *Binge eating: Psychological mechanisms*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 206-224). New York: The Guilford Press.
- Bouça, D. & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2): 121-133.
- Caetano, C., et al., (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1): 39-46.
- Carvalho, S. (2009). *A Personalidade na Etiologia e Progressão da Doença Física*. Monografia de Licenciatura em Psicologia submetida à Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga.
- Cavalcanti, A., Dias, M., & Costa, M. (2005). Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*, 10 (1): 121-129.
- Coleta, M. F. (2003). Escalas para Medida das Crenças em Saúde: Construção e Validação. *Avaliação Psicológica*, 2 (2): 111-122.

- Coletty, I.M. & Assumpção Jr, F. (2005). Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos. *Arq. Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina legal*, 99 (3): 5-9.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos Alimentares: Classificação e diagnóstico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31 (4): 154-157.
- Costa, A., et al. (2009). Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm*, 22 (1): 55-59.
- Costa, F., et al. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo*, 14 (2): 287-293.
- Costa, J., & Gouveia, J. P. (2010). *Aceitação da Dor na Artrite Reumatóide*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia – Universidade do Minho.
- Couto, A. J. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 1: 5-9.
- DeDe, G., Caplan, D., Kemtes, K. & Waters, G. (2004). The Relationship Age, Verbal Working Memory, and Language Comprehension. *Psychology and Aging*, 19 (4): 601-616.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005). *Programa de Combate à Obesidade*. Ministério da Saúde: Circular Normativa nº 03/DGCG
- Duchesne, M. & Almeida, P. (2002). Terapia Cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (supl III): 49-53.
- Duchesne, M., et al. (2004). Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2): 107-117.
- Duchesne, M., et al. (2007). Evidências sobre a terapia Cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria RS*, 29 (1): 80-92.

- Dunker, K.L., Fernandes, C., & Filho, D. (2009). Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (3): 156-161.
- Ellis, A. (1974). *Techniques of disputing irrational beliefs*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Fairburn, C. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. e Carter, J. (1997). *Self-help and guided self-help for binge-eating problems*. In Garner, D. & Garfinkel, P. (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 494-499). New York: The Guilford Press.
- Fandiño, J. et al., (2004). Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria RS*, 26 (1): 47-51.
- Fang, A. & Hofmann, S.G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30: 1040-1048.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 361: 71.
- Ferraz, E., & Martins-Filho, E. (2006). Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. *Einstein, supl. 1*: 71-71.
- Fishbein, M. (1972). Toward an understanding of Planning Behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 2 (3): 214-227.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Freitas, S., Gorenstein, C., Appolinario, J. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 24 (supl III): 34-38.
- Garner, D. (1993). *Binge eating in anorexia nervosa*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 50-76). New York: The Guilford Press.

- Garner, D. (1997). *Psychoeducational principles in treatment*. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 145-177). New York: The Guilford Press.
- Garner, D.M., & Bemis, K.M. (1985). *Cognitive therapy for anorexia nervosa*. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Gigante, D., Barros, F., Post, C. & Olinto, M. (1997). Prevalência de Obesidade em adultos e seus factores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 31 (3): 236-246.
- Greenberg, I., Sogg, S. & Perna, F. (2009). Behavioral and Psychological Care in Weight Loss Surgery: Best Practice Update. *Obesity*, 17 (5): 880-884.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walsch, H. (2003). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57: 35-43.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hayes, S., Follet, V. & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: The new behavior therapies*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44: 1-25.
- Hayes, S., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J. & Guerrero, L. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35: 35-54.
- Hayes, S., Pistorello, J. & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X (1): 81-104.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bisset, R., et al (2004). Mesuring Experiential Avoidance: a Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54 (4): 553-578.

- Hernández-Ardieta, M. & Porres, M. (2007). “No piensa en un oso blanco”. Sobre un caso de transtorno de la conducta alimentaria de larga evolución. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXVII (99): 85-89.
- Higuera, J.A. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como Desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual. *EduPsykhé*, 5 (2): 287-304.
- Hout, G., & Heck, G. (2009). Bariatric Psychology, Psychological Aspects of Weight Loss Surgery. *Obesity Facts*, 2: 10-15.
- Hrabosky, J. et al. (2008). Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination – Questionnaire for Bariatric Surgery Candidates. *Obesity*, 16 (4): 763-769.
- Karlsson, J., Sjostrom, L. Sullivan, M. (1993). Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, 17: 503-512.
- Kral, J. G. (2009). Psychosurgery for Obesity. *Obesity Facts*, 2: 339-341
- Leal, C. & Baldin, N. (2007). O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria RS*, 29 (3): 324-327.
- Lordelo et al., (2007). Eixos Hormonais na Obesidade: Causa ou Efeito. *Arq. Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 51 (1): 34-41
- Ma, S., & Teasdale, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 31-40.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado submetida ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Machado, P., Gonçalves, S., Machado, B., Santos, L. & Santos, R. (2001). Tratamento Cognitivo Comportamental em Grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva: Um estudo exploratório. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (2): 307-316.

- Mairal, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AQQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3): 505-515.
- Marcus, M. (1993). *Binge eating in obesity*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 77-96). New York: The Guilford Press.
- Marcus, M. (1997). *Adapting treatment for patients with binge-eating disorder*. In Garner, D. & Garfinkel, P. (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 484-493). New York: The Guilford Press.
- Martins, M. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium - revista do ISPV*, nº. 29.
- Mestre, S., & Ribeiro, J. P. (2010). Percepção de saúde e percepção de competência: a psicologia positiva no tratamento da obesidade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia – Universidade do Minho, Portugal*.
- Mitchell, J. e Zwaan, M. (1993). *Pharmacological treatments of binge eating*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 250-269). New York: The Guilford Press.
- Moliner, J., & Rabuske, M. (2008). Factores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2): 44-60.
- Morais, C. (2010). *Avaliação do Auto-Conceito no Doente Submetido a Cirurgia Bariátrica*. Trabalho de Investigação submetido à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Nonino-Borges, C., Boreges, R., Santos, J. (2006). Tratamento Clínico da Obesidade. *Medicina*, 39 (2): 246-252.
- Oliveira, J., & Yoshida, E. (2009). Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1): 12-19.
- Oliveira, V., Linardi, R., Azevedo, A. (2004). Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clin.*, 31 (4): 199-201.

- Organização Mundial de Saúde – OMS (1997). *Obesity: Preventing and managing a global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. <http://www.who/nut/ned/98.1>.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2001). *Obesity: Controlling the global epidemic*. <http://www.who.int/nut/obs.htm>
- Osório, C., & Queiroz, A. (2007). Representações Sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery R Enfermagem*, 11 (2): 261-267.
- Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2): 229-247.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1 (XX): 35-43.
- Pereira, S. (2004). Projecto de Intervenção em Crianças e Adolescentes Obesos. *Revista Digital Psicologia.com.pt*.
- Petla, A., et al., (2007). Atitudes de homens e mulheres em relação à nutrição, estilo de vida e atividade física de indivíduos comprometidos com a perda de peso corporal. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 1 (1): 98-103.
- Polivy & Herman (1993). *Etiology of binge eating: psychological mechanisms*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173-205). New York: The Guilford Press.
- Quillici, M., (2006). E após a cirurgia bariátrica?. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba*, 8 (3): 30-32.
- Rabner, J. G., & Greenstein, R. J. (1991). Obesity surgery: expectation and reality. *International Journal of Obesity*, 15 (12): 841-845.
- Randolph, J. (1986). Enhancing psychosocial adaptation to gastric portioning for morbid obesity. *CMAJ*, 134 (15).

- Rebelo, A. & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*, 3 (XXV): 367-477.
- Ribeiro, C. et al. (2004). Estudo das Representações Sociais sobre a Aids por profissionais de saúde que atuam no contexto da Seropositividade para o HIV. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (4): 14-18.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (1ª Ed.) Lisboa: Editora Climepsi.
- Ribeiro, J. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto
- Rodriguez, J., et al. (2003). *Obesidade*. Rio de Mouro: Everest Editora.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcomes Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1): 125-162.
- Savastano, H. (1980). Abordagem do binómio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: Implicações em saúde pública. *Revista Saúde Pública. S. Paulo*, 14: 42-137.
- Segal, Z. V., Teasdale, J.D. & Williams, J.M. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy: Rationale and empirical status*. In Hayes, S., Follet, V. & Linehan, M. (Orgs.). *Mindfulness and Acceptance: The new behavior therapies* (pp: 45-65). New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Serra, A.V. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clinica*, 7 (2): 67- 84.
- Silva, M. P., et al. (2006). Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta Med Port*, 19: 247-250.
- Silva, M.N., et al., (2007). Programa P.E.S.O. – Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade: Metodologia e Descrição da Intervenção. *Endocrinologia*, 16 (1): 17-28.

- Simoneti, C. (2006). Cirurgia da Obesidade: Estabelecendo Limites e Critérios. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 8 (1): 25-26.
- Soriano, M.C. & Salas, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2): 79-91.
- Stunkard, A. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quartely*; 33:284-295.
- Sullivan, P. F.(1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152:1073-1074
- Teixeira, J. (1993). *Psicologia da Saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA.
- Teixeira, P.C., et al. (2009). A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clínica*, 36 (4): 145-152.
- Tobin, D. (1993). *Psychodynamic psychotherapy and binge eating*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 287-313). New York: The Guilford Press.
- Travado, L., et al. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 533-550.
- Vasconcelos, P., & Neto, S. (2008). Qualidade de Vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. *PSICO*, 9 (1): 58-65.
- Vaz, A., Conceição, E., Machado, P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII): 189-197.
- Viana, V., Santos, P., & Guimarães, M. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (2): 209-231.
- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1987). Psychopathology and Obesity. *Ann Ny Acad sci*; 499:55-65

- Walsh, B. (1993). *Binge eating in bulimia nervosa*. In Fairburn C. G. & Wilson, G.T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 37-49). New York: The Guilford Press.
- Wermuth, B. M., Davis, K. L., Hollister, L.E. & Stunkard, A. (1977). Phenytoin treatment of the binge eating syndrome. *Am J Psychiatry*; 11:1249-53.
- WGO – World Gastroenterology Organisation (2009). *WGO Practice Guidelines: Obesidade*.
- Wilson, G. (1993). *Binge eating and addictive disorders*. In Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 97-120). New York: The Guilford Press.
- Wilson, K. G., & Soriano, M. C. (2011). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Xanthakos, S. A., & Inge, T. H. (2006). Consequências nutricionais da cirurgia bariátrica. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 9: 489-496.
- Zaldívar, S., et al. (2009). Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes com obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Med Clin*, 133 (6): 206-212.

Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Sónia Patrícia Martins Carvalho, licenciada em Psicologia e aluna do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa - Braga, pretendo estudar a motivação para a opção por técnicas invasiva – cirurgia bariátrica – no tratamento da obesidade, gostaria de contar com a sua participação e colaboração, sendo, para tal, necessário o preenchimento de uma ficha sócio - demográfica, bem como a sua presença numa sessão na qual será efectivado o protocolo de avaliação.

É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A sessão de aplicação do Protocolo será realizada na ULSM – Hospital Pedro Hispano, em data a combinar.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer.

Se se considera bem informado e aceita participar, por favor assine este documento.

O Participante:

**Anexo 2: Questionário Sócio Demográfico e História Pessoal de Obesidade e
Tentativas Prévias de perda de peso**

Questionário Sócio – Demográfico

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Estado Civil

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado / União de facto
- ☐ Divorciado / Separado
- ☐ Viúvo
- ☐ Namora ou mantém um relacionamento estável com alguém?
- ☐ Filhos, Quantos: _____

Educação

Habilitações:

- ☐ Analfabeto
- ☐ 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)
- ☐ 2º Ciclo do ensino básico (6º ano)
- ☐ 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Profissional
- ☐ Bacharelato
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Outro: _____

Situação Laboral

<input type="checkbox"/>	Estudante
<input type="checkbox"/>	Desempregado
<input type="checkbox"/>	Trabalho a tempo parcial
<input type="checkbox"/>	Trabalho temporário
<input type="checkbox"/>	Emprego a tempo inteiro
<input type="checkbox"/>	Biscates
<input type="checkbox"/>	Baixa médica
<input type="checkbox"/>	Outro: _____

História Pessoal de Obesidade e Tentativas de Perda de Peso

História de Obesidade

- Evolução ponderal associada a etapas do ciclo de vida
 1. Nascimento
 2. Infância
 3. Puberdade/Adolescência
 4. Idade adulta
 - Acontecimentos de vida:
 1. Casamento
 2. Gravidez (1ª)
 3. Gravidez (2ª ou subsequentes)
 4. Menopausa
 5. Outros (Qual?) _____
 - Modificações no estilo de vida:
 1. Hábitos alimentares
 2. Sedentarismo
 - Peso (actual): _____ Altura: _____ IMC: _____
 - Diagnóstico
Obesidade: _____
-

Atribuições Causais do Doente face à Obesidade

	Hábitos alimentares desadequados
	Compulsão para comer/falta de auto-controlo
	Alteração dos Estados emocionais
	Factores metabólicos
	Factores hormonais
	Factores hereditários
	Acontecimentos de vida
	Sedentarismo
	Outros _____
	Não sabe

Antecedentes familiares de obesidade

Existem antecedentes familiares de obesidade na sua família?

Sim_____ Não_____

	Parentes em 1º grau obesos
	Parentes em 2º grau obesos
	Não sabe

Tentativas anteriores de perda de peso

Alguma vez fez algum tratamento com vista à perda de peso? Sim: ☐ Não: ☐

-Que tipo de programa?

	Educação alimentar
	Tratamento farmacológico
	Actividades físicas programadas
	Outros (Quais?) _____ _____

Iniciativa própria: Sim ☐ Não ☐

- De quem foi a iniciativa? _____

-Durante quanto tempo? _____

Foi acompanhado por algum profissional? Sim: ☐ Não: ☐

- De que especialidade? _____

-Como descreveria a sua relação com esse profissional?

-Que dificuldades surgiram? _____

-Como descreveria o seu empenho nesse programa? Activo: ☐ Passivo: ☐

Existiram outras tentativas? Sim: ☐ Não: ☐

-Quais? _____

Fenómeno iô-iô: Sim ☐ Não ☐

Benefícios pós programa:

<input type="checkbox"/>	Nada
<input type="checkbox"/>	Regras alimentares
<input type="checkbox"/>	Regras de comportamento alimentar (auto-controlo)
<input type="checkbox"/>	Implementação de actividade física
<input type="checkbox"/>	Outros _____

Apoio de Outros Significativos:

Sentiu-se apoiado durante as suas tentativas de perda de peso?

Sim: ☐ Não: ☐ mais-menos ☐

-Por quem?

	Cônjuge/companheiro
	Pais
	Filhos
	Irmãos
	Amigos
	Colegas
	Vizinhos
	Profissional de saúde (ex: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo)
	Outros (quem?): _____

Consequências da Obesidade:

	Psicológicas
	Insatisfação com a auto-imagem/com o corpo
	Dificuldades na aquisição de vestuário/calçado
	Sociais
	Familiares
	Conjugais
	Sexuais
	Laborais
	Lazer
	Actividades de vida diária
	Abandono de actividades por ser obeso (quais?) _____ _____
	Saúde/doenças:
	1. Diabetes tipo 2
	2. Hipertensão arterial
	3. Disfunção sexual
	4. Doenças cardiovasculares
	5. Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)
	6. Problemas osteoarticulares
	7. Infertilidade
	8. Outras (Quais?) _____ _____

Comportamento Alimentar e Estilo de Vida

	Perturbação de ingestão compulsiva (<i>Binge Eating</i>)
	Síndrome de ingestão nocturna
	Compulsão alimentar por doces (<i>sweet eater</i>)
	Alteração sazonal afectiva
	Petisco contínuo
	Comportamentos compensatórios (ex: jejum, exercício físico excessivo, laxantes, diuréticos)

Quais os factores que considera como precipitantes/causa do comportamento alimentar?

Estado Emocional ☐ Gula ☐ Prazer ☐ Fome ☐

- Outros motivos? Quais?

Exercício Físico:

Sim ☐ Não ☐

	Ocasional
	Programado
	Qual?
	Quantas vezes por semana?
	Sedentarismo

Motivações e Expectativas Face ao Tratamento Cirúrgico

Tomada de conhecimento sobre o tratamento cirúrgico: _____

Em que medida estas motivações se aplicam a si, no que respeita à opção pela cirurgia? (quais os motivos subjacentes à tomada de decisão face à cirurgia)

Motivações	Pouco (1)	Algum (2)	Muito (3)	Muitíssimo (4)
Ineficácia de outros tratamentos				
Eficácia da cirurgia na perda de peso				
Diminuição do peso corporal				
Manutenção da perda de peso corporal a longo prazo				
Bem-estar emocional e psicológico				
Melhoria da auto-estima				
Melhorias a nível interpessoal				
Melhoria da vida sexual				
Melhoria dos problemas de saúde associados				
Melhoria da mobilidade no dia-a-dia				
Melhoria do funcionamento ocupacional				
Melhoria a nível estético				
Outros				

Caso não se encontre nesta lista alguma opção que lhe pareça pertinente, por favor indique aqui, bem como o grau (0 a 5) de significado que essa opção tem para si.

Grau de motivação face ao tratamento:

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Expectativas em relação ao tratamento de perda e seus resultados:

Perda de peso esperada pelo utente _____

Tempo esperado para a perda de peso _____

	Bem-estar emocional e psicológico
	Melhorias a nível interpessoal
	Melhorias a nível estético
	Melhorias a nível funcional
	Melhoria de outros problemas de saúde
	Outras (Quais?) _____

Conhecimentos e dúvidas sobre tratamento cirúrgico:

	Conhece	Desconhece
Alterações alimentares (dieta)		
Procedimentos e técnicas cirúrgicas		
Eficácia do tratamento		
Manutenção do peso perdido a longo prazo		
Efeitos secundários do tratamento para perder peso (físicos e emocionais)		

	Outras _____
	Sem dúvidas

Anexo 3: KIMS

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills Inventário de Capacidades de Atenção Plena de Kentucky

Usando a escala de 1 a 5, indique a frequência que tem actualmente vivido cada experiência

Muito raramente ou nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre ou sempre
1	2	3	4	5

- ___ 1. Noto/Apercebo-me de mudanças no meu corpo, como por exemplo se a minha respiração acelera ou abranda.
- ___ 2. Facilmente consigo encontrar palavras para descrever os meus sentimentos.
- ___ 3. Quando desempenho uma determinada actividade/quando faço algo, a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.
- ___ 4. Eu critico-me por ter pensamentos irracionais e emoções inapropriadas.
- ___ 5. Apercebo-me/presto atenção para observar se os meus musculos estão tensos ou relaxados.
- ___ 6. Facilmente coloco as minhas opiniões, crenças e expectativas em palavras.
- ___ 7. Quando faço algo estou concentrado no que estou a fazer, sem me distrair com mais nada.
- ___ 8. Tenho tendência a avaliar se as minhas percepções estão certas ou erradas.
- ___ 9. Quando estou a caminhar, observo deliberadamente as sensações do meu corpo a mover-se.
- ___ 10. Facilmente penso em palavras que expresse, as minhas percepções, como por exemplo o sabor, o cheiro e o som das coisas.
- ___ 11. Conduzo em "piloto automático" sem prestar atenção ao que estou a fazer.
- ___ 12. Digo a mim mesmo que não me deveria sentir da maneira que me sinto.
- ___ 13. Quando tomo banho, fico atento às sensações da água no meu corpo.
- ___ 14. É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que penso.
- ___ 15. Quando estou a ler, fico concentrado no que leio.
- ___ 16. Acredito que alguns dos meus pensamentos são maus e que não deveria pensar dessa forma.
- ___ 17. Noto como os alimentos e as bebidas afectam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e as minhas emoções.
- ___ 18. Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para expressar o que sinto.

- ___ 19. Quando faço alguma coisa, fico muito concentrado e não penso em mais nada.
- ___ 20. Faço julgamentos relativamente aos meus pensamentos.
- ___ 21. Observo as minhas sensações, como por exemplo o vento no meu cabelo ou o sol na minha cara.
- ___ 22. Quando noto uma sensação no meu corpo, é difícil descrever porque não consigo encontrar as palavras certas.
- ___ 23. Não presto atenção ao que faço porque estou sempre a sonhar acordado, preocupado ou distraído com outra coisa.
- ___ 24. Tenho tendência a julgar o valor das minhas experiências, isto é, se não úteis ou inúteis.
- ___ 25. Presto atenção a sons, como por exemplo o tick tack do relógio, os pássaros a cantar e o barulho dos carros a passar.
- ___ 26. Mesmo quando me sinto extremamente chateado, consigo expressar os meus sentimentos em palavras.
- ___ 27. Quando estou a fazer actividades domésticas, como por exemplo a limpar ou a lavar a roupa, tenho tendência a sonhar acordado ou a pensar em outras coisas.
- ___ 28. Digo a mim mesmo que não deveria pensar da maneira que penso.
- ___ 29. Noto os sabores e cheiros das coisas.
- ___ 30. Fico, intencionalmente, consciente dos meus sentimentos.
- ___ 31. Tenho tendência a fazer várias coisas ao mesmo tempo, em vez de me concentrar numa coisa de cada vez.
- ___ 32. Penso que algumas das minha emoções são más e inapropriadas, e que não me deveria sentir assim.
- ___ 33. Observo elementos visuais na natureza e na arte, como cores, formas, texturas e padrões de luz e sombra.
- ___ 34. A minha tendência natural é para colocar em palavras as minhas experiências.
- ___ 35. Quando trabalho em algo, uma parte da minha mente está ocupada com outros tópicos, como por exemplo o que tenho para fazer durante o dia e o que poderia estar a fazer agora.
- ___ 36. Critico-me quando tenho pensamentos irracionais.
- ___ 37. Observo como as minhas emoções afectam os meus pensamentos e comportamentos.
- ___ 38. Fico completamente absorvido e concentrado no que estou a fazer.
- ___ 39. Noto quando o meu humor começa a mudar.

Anexo 4: MAAS

MAAS Experiências do dia-a-dia

Instruções: Em baixo têm várias afirmações sobre experiências do dia-a-dia. Utilizando a escala de 1 a 6, indique a frequência que tem actualmente vivido cada experiência.

Quase Sempre 1	Muito Frequentemente 2	Frequentemente 3	Infrequentemente 4	Muito Infrequentemente 5	Quase Nunca 6
Consigo experienciar uma emoção e não estar consciente após algum tempo.					
Eu parto e estrago coisas por estar distraído(a), ser descuidado(a) ou estar a pensar em outra coisa.					
Sinto dificuldade em estar concentrado no que se passa no presente.					
Tenho tendência a andar a um passo rápido para chegar rapidamente ao destino, sem dar atenção ao que se passa durante o caminho.					
Esqueço o nome de uma pessoa logo após me terem dito pela primeira vez o seu nome.					
Parece que funciono "automaticamente", sem prestar atenção ao que estou a fazer.					
Apresso-me a desempenhar actividades sem prestar muita atenção a elas.					
Fico muito concentrado nos objectivos que pretendo atingir e tenho tendência a não prestar atenção ao que estou a fazer agora, até os ter cumprido					
Desempenho tarefas e actividades automaticamente sem prestar atenção ao que estou a fazer.					
Dou por mim a ouvir alguém falar e a fazer outra coisa simultaneamente.					
Conduzo o carro em "piloto automático" para determinados sítios e depois questiono-me porque fui lá ter.					
Dou por mim preocupado com o futuro e o passado.					
Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção.					
Petisco durante o dia sem estar consciente de que estou a comer.					

Anexo 5: ECA

Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- ☐ 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- ☐ 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ☐ 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ☐ 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contactos sociais por causa desse constrangimento.

2

- ☐ 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- ☐ 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- ☐ 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- ☐ 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- ☐ 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- ☐ 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- ☐ 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- ☐ 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- ☐ 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- ☐ 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- ☐ 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra actividade para afastar minha mente da comida.
- ☐ 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

- ☐ 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- ☐ 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- ☐ 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- ☐ 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- ☐ 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- ☐ 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- ☐ 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

- ☐ 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- ☐ 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- ☐ 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- ☐ 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- ☐ 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- ☐ 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- ☐ 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- ☐ 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- ☐ 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- ☐ 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- ☐ 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- ☐ 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- ☐ 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- ☐ 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- ☐ 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- ☐ 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- ☐ 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- ☐ 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- ☐ 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- ☐ 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- ☐ 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- ☐ 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- ☐ 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- ☐ 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- ☐ 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- ☐ 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- ☐ 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- ☐ 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- ☐ 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- ☐ 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- ☐ 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- ☐ 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- ☐ 1. Eu não penso muito sobre comida.
- ☐ 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- ☐ 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- ☐ 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- ☐ 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- ☐ 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- ☐ 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.